14 novembre 2025

MÉDECINS SPÉCIALISTES

MANUEL

Rémunération à l’acte

Votre gouvernement

Régie de l’assurance maladie Québec

TABLE DES MATIÈRES

Frais de déplacement et de séjour 1
Règles d'application et plafonnements 2
Dispositions tarifaires — (Médecins spécialistes) — Accord-cadre du 1er octobre 1995 3
A — Préambule général 4
Règle 1. Paiement 4
Règle 2. Frais de pratique 5
Règle 3. Enseignement clinique 6
Règle 4. Tarification nouvelle 7
Règle 5. Visites 8
Règle 6. Malade dirigé 11
Règle 7. Thérapie de communication 12
Règle 8. Procédures diagnostiques et thérapeutiques 13
Règle 9. Surveillance 14
Règle 10. Soins simultanés 15
Règle 11. Réanimation cardio-respiratoire 16
Règle 12. Honoraire global 17
Règle 13. Remboursement des frais de déplacement 18
Règle 14. Soins d'urgence 19
Règle 15. Tournée des malades le week-end 22
Règle 16. Honoraire additionnel 23
Règle 17. Tarif de la pratique en établissement 24
Règle 18. Visite à domicile 25
Règle 19. Rapports médicaux 26
Règle 20. Déclaration de décès 27
Règle 21. Classification 28
Règle 22. Pratique hors discipline 29
Règle 23. Visites, procédés et chirurgies pédiatriques 30
Règle 24 Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie 31
Règle 25. Visites, procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie 32
Règle 26. Visite d'un malade atteint d'un cancer 33
Règle 27. Procédés et chirurgies en urologie 34
Règle 28. Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional 35
Règle 29. Majoration pour certaines pathologies 38
Règle 30. Visites, procédés et chirurgies en chirurgie orthopédique 46

Règle 31. Visites, procédés et chirurgies en neurochirurgie 47
Règle 32. Visites et procédés diagnostiques et thérapeutiques en hématologie-oncologie médicale 48
Règle 33. Constat de décès à distance 49
Règle 34. Réunion clinique multidisciplinaire 50
Règle 35. Communication par l'intermédiaire d'un interprète 52
Règle 36. Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir 53
Règle 37. Gestion des médicaments (médecin accompagnateur) 55
Règle 38. Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir 56
Règle 39. Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir 57
Règle 40. Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue 58
Règle 41. Supplément d'honoraires de plateau technique 59
Règle 42. Tarification de certains services en physiatrie et en radiologie 60
Services et examens médicaux considérés comme assurés en conformité avec l'article 22a) ii du règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie 61
Services et examens médicaux considérés comme assurés en conformité avec l'article 22 f) du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie 65
Demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada pour des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada 66
Demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada qui ne sont pas disponibles au Québec 68
Services médicaux rendus au Québec demandant une autorisation 70
Tableau des dates fixées par la régie pour la célébration des fêtes légales 71
B — Tarification des visites 72
Addendum 1. - Médecine 72
Allergie 75
Anesthésiologie 79
Biochimie 82
Cardiologie 84
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique 89
Chirurgie générale 92
Chirurgie orthopédique 96
Chirurgie plastique 98
Chirurgie vasculaire 99
Dermatologie 102
Endocrinologie 108
Gastro-entérologie 113
Addendum 9. - Génétique médicale 118

Génétique médicale 119
Gériatrie 122
Addendum 13 - Hématologie - Oncologie médicale 128
Hématologie - Oncologie médicale 131
Hygiène publique 136
Addendum 11 - Médecine d'urgence 138
Médecine d'urgence 142
Médecine interne 148
Médecine nucléaire 155
Addendum 10. - Microbiologie-infectiologie 157
Microbiologie infectiologie Règle 159
Néphrologie 165
Neurochirurgie 170
Neurologie neuropsychiatrie et électroencéphalographie 172
Obstétrique gynécologie 182
Ophtalmologie 194
Oto-rhino-laryngologie 201
Addendum 2. - Pédiatrie 205
Pédiatrie 207
Physiatrie 216
Pneumologie 221
Addendum 3 - Psychiatrie 225
Psychiatrie 229
Radio-oncologie 242
Rhumatologie 244
Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine de travail 248
Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail 250
Urologie 255
Hors discipline 259
Divers 261
Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel 264
(Lettre d'entente # 5) 264
Évaluation médico-psycho-sociale 264
(Lettre d'entente # 6) 264
La rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes suivant la Loi sur la protection de la jeunesse 265

(Lettre d'entente # 64) 265
La rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes ... 266
(Lettre d'entente # 172) 266
Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu 269
Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public 269
Services professionnels à la demande du coroner 269
Annexe 24 270
Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels 270
C — Procédés diagnostiques et thérapeutiques 281
Allergie 281
Analyse de laboratoire 284
Angiologie 284
Aphérèse 287
Aspiration 287
Audiométrie 288
Biopsie (unique ou multiple) 288
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques 291
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie, le lavage broncho-alvéolaire et l'exérèse de tumeur, le cas échéant 295
Cardiologie 296
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques 300
Interventions cardiologiques 302
Stimulateur cardiaque 305
Électrophysiologie 307
Cathétérisme veineux 309
Diabétothérapie 310
Dialyse (techniques chirurgicales pour accès) 311
Hémodialyse 312
Électroencéphalographie 312
Électromyographie, étude de conduction nerveuse et myoneurale 317
Électrolyse 322
Épilation au laser 322
Épistaxis 322
Épreuves de fonction respiratoire 323
Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation) 323
Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées 324

Examens vestibulaires 325
Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport 325
Extraction 325
Gastro-entérologie 326
Hémofiltration 332
Injections 333
Insufflation gazeuse 336
Intubation endotrachéale 337
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx 337
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant 337
Neurochirurgie 338
Neurologie 339
Obstétrique-Gynécologie 341
Ophtalmologie 343
Oxygénation extracorporelle (ECMO) 349
Hypothermie 350
Pléthysmographie 350
Phoniatrie 351
Photodynamie 352
Photothérapie 352
Ponctions (incluant injection s'il y a lieu) 353
Potentiels évoqués 354
Psychiatrie 355
Radiologie 355
Interventions percutanées non vasculaires 360
Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique 366
Infiltration de médicament ou de substance thérapeutique ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique 367
Injection de substance de contraste 369
Radio-oncologie 370
Radiothérapie palliative 372
Curiethérapie 372
Rhinosinusologie 373
Médecine hyperbare 375
Traitements de physiothérapie 376

Transfusion 377
Transplantation d'organes 377
Urologie 379
D — Anesthésiologie 385
Addendum 8. - Anesthésiologie 385
Anesthésiologie 391
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale 391
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil 392
Anesthésie générale pour chirurgie de l'œil 392
Anesthésie obstétricale 393
Anesthésie et traitement de la douleur 393
Anesthésie en soins palliatifs 395
Inhalothérapie 396
Soins spéciaux 396
Soins de ventilation 397
Coeur-poumon artificiel 399
Transplantations 399
Divers 399
E — Chirurgie 403
Addendum 4 - Chirurgie 403
Oto-rhino-laryngologie 411
Chirurgie plastique 414
Neurochirurgie 415
Ophtalmologie 416
Chirurgie générale 418
Urologie 419
Addendum 7. - Microchirurgie 420
F — Peau phanères tissu cellulaire sous cutané et muqueuses 421
Tumeur bénigne ou prémaligne 422
Tumeurs malignes 425
Lipectomie fonctionnelle 426
Onycectomie 426
Sinus pilonidal 427
Exérèse de corps étrangers 427
Verrue et molluscum contagiosum 427
Cautérisation 428
Brûlures 429

Résection d'un moniteur de lambeau 430
Greffe capillaire 430
Micro-greffe capillaire 430
Greffes cutanées ou greffes cultivées 430
Greffes par glissement, rotation ou transposition 431
Greffe pédiculée (à distance) 431
Greffe libre 432
Dermabrasion : sablage 434
Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales 434
Seins 434
Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement 437
Fistule cutanée 437
Chirurgie plastique 437
G — Musculo-squelettique 440
Addendum 5. - Appareil musculo-squelettique 440
Crâne et face 444
Squelette axial 446
Extrémités - Membres supérieurs 453
Extrémités - Membres inférieurs 466
Bourse séreuse 483
Muscles 483
Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments 484
Divers 486
H — Système respiratoire 490
Nez et nasopharynx 490
Sinus 492
Larynx 494
Trachée 495
Bronches 496
Médiastin 496
Poumons et plèvre 497
J — Système cardiaque 499
Actes généraux 500
Transplantation 501
Coeur et péricarde 502
CHIRURGIE CORONARIENNE 505
CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE 505

APPAREIL VASCULAIRE....506
VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX....512
K — Système lymphatique et hématopoïétique....514
L — Système digestif....516
LÈVRES....517
BOUCHE....518
DENTS ET GENCIVES....519
LANGUE....520
PALAIS ET LUETTE....521
AMYGDALES ET ADENOÏDES....522
PHARYNX....522
GLANDES SALIVAIRES....523
OESOPHAGE....524
ESTOMAC....526
INTESTIN (à l'exception du rectum)....527
APPENDICE....530
RECTUM....531
ANUS....533
FOIE....534
VOIES BILIAIRES....535
PANCRÉAS....537
ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON....538
M — Appareil urinaire....543
REIN....543
RÉTROPÉRITOINE....545
URETÈRE....546
VESSIE....548
URÈTRE....550
N — Appareil génital mâle....554
PÉNIS....554
TESTICULES....556
SCROTUM....556
CANAL DÉFÉRENT....557
CORDON....557
VÉSICULE SÉMINALE....557
PROSTATE....558
P — Gynécologie....560

ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE....560
VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN....566
VAGIN....567
TROMPES....569
OVAIRES ET TROMPES....569
UTÉRUS ET COL UTÉRIN....570
Divers....573
Q — Obstétrique....574
ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE....574
PROCRÉATION ASSISTÉE....584
Procréation assistée....584
R — Appareil glandulaire....589
THYROIDE....589
PARATHYROÏDE....590
SURRÉNALES....590
S — Système nerveux....591
CRÂNE & ENCÉPHALE....591
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS....598
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL....600
NERFS PÉRIPHÉRIQUES....604
Divers....605
T — Appareil visuel....607
GLOBE OCULAIRE....608
CORNÉE....609
SCLÉROTIQUE....610
IRIS ET CORPS CILIAIRE....611
CRISTALLIN....612
CORPS VITRÉ....612
RÉTINE....614
MUSCLES OCULAIRES....615
ORBITE....615
PAUPIÈRES ET SOURCILS....616
CILS....617
CONJONCTIVE....617
APPAREIL LACRYMAL....618
CORPS ÉTRANGER....618
TRAUMATISME OCULAIRE....619

U — Appareil auditif 620
OREILLE EXTERNE 620
OREILLE MOYENNE 621
OREILLE INTERNE 622
V — Radiologie diagnostique 624

Frais de déplacement et de séjour

AVIS **:** *Vous pouvez consulter les dispositions relatives aux frais de déplacement et de séjour à l'Annexe 23 de la* Brochure nº 1.

Règles d'application et plafonnements

AVIS **:** *Vous pouvez consulter les dispositions relatives aux règles d'application et plafonnements à l'Annexe 8 de la* Brochure n° 1.

Dispositions tarifaires — (Médecins spécialistes) — Accord-cadre du 1er octobre 1995

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

Il contient, outre le texte des addenda, de la nomenclature des actes, des renseignements additionnels d'ordre administratif.

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

A — Préambule général

Règle 1.
Paiement

1.1 Le médecin spécialiste est payé suivant ce tarif pour un service médical qu'il a lui-même fourni au malade.

En cabinet privé, il peut se faire assister par des auxiliaires médicaux et leur confier l'exécution de certaines techniques relevant de leur compétence, dans le cours de sa prestation de soins.

Règle 2.
Frais de pratique

2.1 En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif.

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

AVIS **:** *Voir la rubrique* Frais facturés aux personnes assurées (frais accessoires).

Règle 3.
Enseignement clinique

3.1 Le médecin spécialiste a droit au paiement de ses honoraires pour les soins qu'il donne avec le concours d'un médecin résident ou d'un interne, en centre hospitalier d'enseignement.

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

Il doit, en outre, contrôler les observations consignées au dossier médical et contresigner.

AVIS **:** *Il est possible d'indiquer les informations relatives au résident ou à l'externe avec lequel vous rendez un service*.

Selon la situation, utiliser le type de référence du professionnel en référence **Résident ayant collaboré au service rendu** *ou* **Externe ayant collaboré au service rendu**.

Pour le résident, le numéro débute par le chiffre 5 et comporte 6 chiffres (5XXXXX).
Pour l'étudiant (externe), inscrire son nom, son prénom et la profession **Autres**.

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

Règle 4.
Tarification nouvelle

4.1 Le médecin spécialiste a droit d'être payé pour une procédure diagnostique ou thérapeutique ou une chirurgie dont la tarification n'est pas prévue au manuel.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation* ***09990.***

Il indique au relevé d'honoraires sa demande de tarification nouvelle et il y joint une description sommaire de l'intervention.

4.2 Sur réception d'une demande de tarification nouvelle, la Régie en notifie les parties négociantes.

4.3 Les tarifications nouvelles, agréées par les parties, sont ajoutées au tarif d'honoraires.

À défaut d'accord, la Fédération peut déférer la question en arbitrage. L'arbitre fixe alors une tarification intérimaire.

4.4 Une tarification nouvelle a effet rétroactif sauf si elle remplace une tarification intérimaire fixée par arbitrage.

Sont alors payés les relevés d'honoraires qui ont été présentés dans les délais.

4.5 Aucun honoraire n'est accordé pour une intervention incluse dans la tarification d'une autre prestation de soins.

Règle 5.
Visites

5.1 Les honoraires de visite sont établis en fonction des règles de tarification prévues au présent préambule ou à un addendum.

5.2 On distingue la visite principale, la visite de transfert, la visite de départ et la visite de contrôle.

La visite principale comporte un examen du malade pour établir un diagnostic et, le cas échéant, recommander un traitement.

En centre hospitalier de courte durée, dans les disciplines de la médecine et de la médecine de laboratoire, la visite de transfert est la visite du médecin qui prend charge d'un patient à la place d'un autre médecin de la même discipline qui cesse d'en avoir charge; elle comporte un examen du malade. Cette disposition ne s'applique pas à l'occasion de l'admission d'un patient dans une unité de soins intensifs.

Cependant, la première visite qui suit la fin d'un séjour à l'urgence n'est pas une visite de transfert.

Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle. Pour le médecin spécialiste en pédiatrie, la visite de contrôle en hospitalisation inclut la consignation d'une note médicale justifiant la réévaluation clinique du patient et ce qui a été effectué.

La visite de départ est effectuée le dernier jour de l'hospitalisation et remplace la visite de contrôle ou la visite de réévaluation psychiatrique. Elle inclut le résumé du dossier et l'organisation de la prise en charge du patient à sa sortie. Seul le médecin spécialiste en cardiologie, en endocrinologie, en gériatrie, en médecine interne, en néphrologie, en neurologie, en pédiatrie, en physiatrie, en pneumologie, en psychiatrie, en rhumatologie ou en santé communautaire qui signe le congé d'un patient hospitalisé dans sa discipline peut se prévaloir de la tarification prévue pour la visite de départ.

Toutefois, pour le médecin spécialiste en gériatrie, la visite de départ peut être effectuée lorsque le médecin donne congé à un patient hospitalisé dans une unité de courte durée, même si le patient demeure hospitalisé de façon transitoire dans l'attente de son transfert vers une autre ressource.

La visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures suivant la visite principale, sauf en médecine interne, en pédiatrie ou en psychiatrie où elle est payable si le patient est hospitalisé plus de 48 heures suivant la visite principale.

AVIS **:** *Indiquer les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*

5.3 Le médecin spécialiste qui voit un malade en cabinet privé ou en externe, a droit au paiement d'une visite principale, pour son premier examen.

Il en est de même s'il doit réexaminer le malade soit pour reconsidérer son diagnostic ou la thérapie soit parce que le malade le consulte pour une autre pathologie.

En toute autre occasion, il se prévaut de la tarification d'une visite de contrôle.

5.4 Le médecin spécialiste qui suit un malade pendant son hospitalisation, n'a droit au paiement d'une visite principale que pour son premier examen; par la suite, la Régie lui paie des visites de contrôle.

L'hospitalisation inclut le temps que le malade séjourne aux urgences.

Cette tarification s'applique également au malade traité en externe et qui est revu le même jour.

CE PARAGRAPHE EST ABROGÉ PAR LA MODIFICATION 98 EN DATE DU 1er OCTOBRE 2021

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 (2e) visite principale à partir de la septième (7e) 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.

Également, le médecin classé en microbiologie-infectiologie peut réclamer le paiement d'une deuxième visite principale à partir de la vingt-et-unième (21e) 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 de facturation* ***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.

Le médecin spécialiste peut réclamer le paiement d'une visite de mise en œuvre à la suite d'une première visite principale chez un patient hospitalisé.
Cependant, pour l'obstétrique-gynécologie, la visite principale n'est pas facturable la fin de semaine et les jours fériés. La tournée des malades le week-end remplace la visite principale dans ces cas, exception faite de la visite principale associée à une consultation.

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 **:** *Voir les codes de facturation* ***00035, 00047, 08785, 08793, 08832, 08947, 09060, 09061, 09062, 09296, 09297, 09298, 15026*** *ou* ***15332*** *selon la spécialité sous l'onglet* B - Tarification des visites.

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

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15072*** *et* ***15073*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

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.

Toutefois en gériatrie, la visite peut être payée une fois par semaine, par patient, pour un maximum de trois visites de transfert par hospitalisation.

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.

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.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de la visite*.

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.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de la visite*.
S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Patient sous respirateur**.

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.

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.

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.
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.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de la visite*.

5.8 Pour les patients ayant été réputés comme étant en niveau de soins alternatifs correspondants aux variables 12.A (en attente de RI-RTF) et 12.B (en attente de CHSLD), une seule visite de contrôle par semaine par patient (selon les tarifications usuelles des visites par spécialité) peut être facturée (les visites principales, les visites de transfert ou autre forfaits quotidiens ne sont pas facturables pour les patients ainsi réputés); hormis si le patient présente une détérioration significative et / ou urgente de son état requérant une évaluation médicale rapide et un changement de son statut à un patient actif non NSA; auquel cas les tarifications usuelles des visites s'appliquent. Par ailleurs, dans la semaine où le patient a un congé définitif d'un centre de soins de courte durée, la visite de départ, pour les spécialités pour lesquelles celle-ci s'applique, ou une visite de contrôle peut alors être facturée dans la même semaine. Cette visite est effectuée par le médecin traitant du patient selon les règles hospitalières.
Pour les médecins spécialistes qui agissent à titre de consultants dans le dossier d'un patient ayant été réputé comme étant en niveau de soins alternatifs correspondant aux variables 12.A (en attente de RI-RTF) et 12.B (en attente de CHSLD) pour lequel une visite était prévue ou aurait été prévue en clinique externe advenant que le patient eût été en RI-RTF et / ou CHSLD, une seule visite peut être facturée par semaine et par spécialité et celle-ci correspond à l'honoraire versé pour une visite en clinique externe. Le médecin doit utiliser les codes prévus pour la clinique externe en précisant le secteur d'activité de la clinique externe.

Règle 6.
Malade dirigé

Celui auquel un malade est dirigé par un médecin, un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) ou un dentiste est payé suivant la tarification générale des visites que prévoit la règle 5. Il en est également de même en psychiatrie, pour un malade qui lui est dirigé par un professionnel en santé mentale.
Certaines dérogations sont ici apportées pour la médecine et l'anesthésiologie.
Pour la chirurgie, c'est l'addendum 4 qui s'applique.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession*.

Consultation et prise en charge

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite principale, pour le premier examen du malade.

AVIS **:** *Le supplément ne peut être réclamé seul, puisqu'il est inclus dans le tarif de la consultation qui comprend les honoraires de la visite principale et du supplément de consultation*.

La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un malade dont l'état paraît grave ou complexe.

6.2 La prise en charge d'un malade peut donner droit au supplément d'honoraires de la consultation.

On accorde ce supplément au médecin spécialiste auquel un malade est confié pour qu'il le traite, en raison de la gravité ou de la complexité de son état.
Ce supplément d'honoraires est payé pour le premier examen. Celui qui a vu un malade en consultation, n'y a pas droit.

6.3 Aucun supplément d'honoraires n'est accordé pour le soin d'un malade dirigé par un médecin de la même discipline, en cours d'hospitalisation - sauf le premier examen, lors de l'admission dans une unité de soins intensifs.

Toutefois, le supplément d'honoraires s'applique pour la consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue qui rencontre les critères de désignation agréés par les parties négociantes et qui est désigné comme tel par elles.

AVIS **:** *Pour les services rendus à l'unité des soins intensifs, indiquer le lieu de dispensation et le secteur d'activité* Unité de soins intensifs.

6.4 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires, adresse un rapport au professionnel qui lui a dirigé le malade.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession*.

Pour le professionnel classé en psychiatrie, identifier l'intervenant en santé mentale en inscrivant son prénom, son nom ainsi que la profession Autres.

Épreuve diagnostique ou traitement

6.5 Celui auquel un malade est dirigé pour qu'il lui fasse subir une épreuve diagnostique ou thérapeutique, est payé selon le tarif des visites s'il doit examiner le malade.

Règle 7.
Thérapie de communication

7.1 La thérapie de communication consiste en une relation d'aide que le médecin spécialiste établit avec un malade ou avec ses proches.

Cette thérapie a pour seule indication clinique, la gravité de l'état du malade.

7.2 Une thérapie de communication comporte un honoraire fixe de 48,55 $, pour la séance.

La durée minimale d'une séance est de trente minutes.

7.3 Le médecin spécialiste ne peut se prévaloir de la tarification d'une thérapie de communication, pour le paiement d'entrevues de type psychothérapie, thérapie sexuelle et counselling.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***08925*** *à la section* Divers *sous l'onglet* B - Tarification des visites *et la* Règle d'application n° 2.

Règle 8.
Procédures diagnostiques et thérapeutiques

AVIS **:** *Les actes dont le libellé indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.*

8.1 Sont payées au demi-tarif les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance, sauf la procédure principale.

On considère comme procédure principale, celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **PDT multiple exécuté lors d'une même séance**.

8.2 Abrogé en date du 9 décembre 2019 par la Modification 91.

8.3 Toutefois, en ophtalmologie, le service médical Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture (code 20059) est payé au tarif régulier lorsque exécuté lors d'une même séance qu'une autre procédure.

8.4 Également, en endocrinologie, les services médicaux « Suivi pour analyse des données et ajustement thérapeutique, le cas échéant, pour patient sous pompe à insuline » (code 20130), « Initiation et vérification d'un traitement par une substance hormonale ou peptidique autre que l'insuline administrée par voie parentérale, sauf la voie transdermique » (code 20132), « Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables – initiation ou vérification du traitement du diabète type I insulino-dépendant, par patient » (code 00343) et « Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables – initiation ou vérification du traitement du diabète insulino-nécessitant autre que type I, par patient » (code 20534) sont payés au tarif régulier lorsque exécutés au cours d'une même séance.

8.5 Toutefois, en dermatologie, les services médicaux « injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhidrose palmo-plantaire par paume ou par plante » (code 20144), et « injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhidrose autre que pour les régions palmoplantaires, par région » (code 20174) sont payées au tarif régulier lorsque exécutées lors d'une même séance.

8.6 Toutefois, en rhumatologie, le service médical pour recherche de cristaux (code 09402) est payé au plein tarif lorsque exécuté lors d'une même séance qu'une autre procédure.

Règle 9.
Surveillance

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

La surveillance s'entend d'une période de disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin spécialiste interrompt toute autre activité clinique.
Le médecin spécialiste ne peut demander qu'un seul honoraire de surveillance pour une même période de temps.

9.2 La tarification de la surveillance dépend de sa durée.

Une surveillance comporte une durée de trente minutes; si elle se prolonge, on compte chaque période additionnelle de quinze minutes.
La tarification est de 41,15 $ par période.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***00080*** *à la section* Divers *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

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

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

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***09246*** *à la section* Divers *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 10.
Soins simultanés

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

Règle 11.
Réanimation cardio-respiratoire

11.1 Le médecin spécialiste qui intervient lors d'une réanimation cardio-respiratoire, a droit au paiement d'un honoraire de 82,35 $.

S'y ajoute, lorsque son intervention dure plus de quinze minutes, une majoration de 82,35 $ pour le quart d'heure qui suit, et de 41,15 $ par quart d'heure additionnel.

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

Règle 12.
Honoraire global

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

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

Règle 13.
Remboursement des frais de déplacement

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

Règle 14.
Soins d'urgence

La règle de tarification qui suit, a trait aux soins d'urgence donnés en médecine, en chirurgie et en anesthésiologie dans les centres hospitaliers de courte durée.
Elle ne s'applique pas au médecin spécialiste qui voit des malades comme médecin de première ligne aux urgences de l'établissement, c'est-à-dire un médecin spécialiste qui effectue son quart de travail sur place dans une urgence, une urgence pédiatrique, une urgence psychiatrique, une urgence d'un institut de cardiologie ou de pneumologie.

14.1 Le médecin spécialiste qui répond à la demande d'un intervenant à une urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés.

L'horaire de garde s'entend : en semaine, de la période comprise entre 19 h et 7 h, du week-end et des jours fériés. Le médecin désirant se prévaloir de la majoration d'urgence doit se trouver sur la liste de garde définie par le chef de département, de service ou le DSP de l'établissement et ne requiert pas nécessairement que le médecin spécialiste soit identifié au terme d'une liste de garde au sens de l'Annexe 25.

AVIS **:** *En rémunération mixte, voir l'article 4.2 de l'annexe 38 de la* Brochure n° 5.

Un médecin spécialiste non-inscrit à la liste de garde qui est appelé en renfort pour prêter main-forte à un autre médecin spécialiste lors d'une situation urgente exceptionnelle doit l'indiquer pour se prévaloir de la majoration d'urgence. Il doit également indiquer la date et l'heure de l'appel ainsi que la date et l'heure de début du service.

Activités incluses

Les soins d'urgence donnant droit à la majoration d'urgence selon la règle 14 du Préambule général se définissent comme :

- Tout service médical rendu à la salle d'urgence par un médecin spécialiste (patients observés, patients en attente d'hospitalisation, patients ambulatoires), à l'exception des services de première ligne;

- Un service rendu en urgence pour un patient hospitalisé et qui voit son état se dégrader de telle sorte qu'il nécessite une intervention rapide, selon la priorisation clinique des urgences au jugement du médecin. Dans un tel cas, la note consignée au dossier et la prise en charge du patient en font foi. Le médecin doit décrire qu'il a été appelé ainsi que le motif clinique justifiant l'urgence et les éléments de prise en charge;

- Toute chirurgie, procédé diagnostique et thérapeutique (PDT) non planifiés ou tout accouchement.

Activités exclues

Les soins ne donnant pas droit à la majoration d'urgence selon la règle 14 du Préambule général sont définis, notamment comme :

- Les services de première ligne tels que les visites principales et de contrôle dans une urgence, une urgence pédiatrique, une urgence psychiatrique, une urgence cardiologique ou pneumologique;

- Une consultation, une visite, une chirurgie, un procédé diagnostique et thérapeutique ou tout autre service réalisé en clinique externe pour un patient électif avec rendez-vous;

- Une visite effectuée auprès d'un patient hospitalisé ne présentant pas de modification de son état de santé nécessitant une action rapide.

AVIS **:** *Pour obtenir la majoration d'urgence :*
- utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE***;*
- inscrire l'heure de début du service.

Pour des services rendus en téléinterprétation selon les modalités de l'article 1.1 b) du Protocole d'accord concernant la télémédecine*, le médecin doit également :*
- utiliser l'élément de contexte **Service dispensé en vertu du Protocole d'accord concernant la télémédecine***;*
- inscrire la date et l'heure de l'interprétation en tant que date et heure de début du service;
- inscrire pour le lieu en référence :
- le type de référence du lieu en référence Établissement pour le compte duquel le service a été effectué *ou* Lieu où la technique a été effectuée,
- le numéro de l'établissement et le secteur d'activité pour lequel l'interprétation à distance est effectuée.

Le médecin spécialiste non inscrit à la liste de garde qui est appelé en renfort doit également, à compter du 1er juillet 2023 :
- utiliser l'élément de contexte **Support en urgence pour une situation exceptionnelle***;*
- inscrire la date et l'heure de réception de l'appel.

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

Pour déterminer la majoration, on retient : l'heure du début de la visite,de la chirurgie ou du procédé diagnostique et thérapeutique; en obstétrique, l'heure de la naissance; advenant un procédé diagnostique et thérapeutique réalisé à l'occasion d'une visite ou d'une chirurgie, on retient l'heure du début de cette dernière.

AVIS **:** *Pour retenir l'heure de la naissance à titre d'heure de début de service, ce doit être en contexte d'accouchement ou de césarienne. Dans ce cas, l'heure de la naissance doit être indiquée pour les codes de facturation en lien avec l'accouchement ou avec la césarienne ainsi que ceux des services rendus à la même occasion (dans le cadre d'une naissance). Autrement, pour les services rendus en urgence par un obstétricien mais n'impliquant pas de naissance, c'est l'heure de début du service qui doit être indiquée.*

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

14.3 À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités, on majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise pendant l'horaire de garde.

14.4 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 245 $ entre minuit et 7 heures et d'au moins 163 $ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 328 $ entre minuit et 7 heures et d'au moins 163 $ pour le reste de la garde.

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

- Code de facturation ***09203*** *de 0 h à 7 h*;

- Code de facturation ***09204*** *de 7 h à 24 h, les samedis, les dimanches et les jours fériés, et de 19 h à 24 h les autres jours.*

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du déplacement.

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 posés pour chacun des patients, ***mais jamais les deux pour ce même déplacement***.

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 déterminées par la Régie qui est retenu.*
Voir les calendriers des jours fériés.

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.

Règle 16.
Honoraire additionnel

16.1 Une prestation de soins dont la complexité est inhabituelle, donne droit au paiement d'un honoraire additionnel.

16.2 Une demande d'honoraire additionnel est rédigée sur un formulaire de la Régie; elle est jointe au relevé d'honoraires.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical dont la complexité est inhabituelle.** *Attendre de recevoir la correspondance de la Régie pour fournir les renseignements décrivant l'acte posé et si nécessaire le compte rendu opératoire servant à l'appréciation de la demande d'honoraires additionnels*.

16.3 La Régie apprécie l'exigibilité d'une demande d'honoraire additionnel.

En cas de désaccord, le litige est tranché par arbitrage selon la procédure relative aux contestations d'honoraires.

Règle 17.
Tarif de la pratique en établissement

17.1 Sont payés suivant le tarif de la pratique en centre hospitalier de soins de courte durée, les soins donnés dans un local sous gestion du gouvernement ou d'un organisme qu'il subventionne.

AVIS **:** *Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser la précision du lieu de dispensation* **Local sous gestion du gouvernement**.

Pour les visites, référez-vous aux codes de facturation sous le titre Local sous gestion du gouvernement -Onglet B - Tarification des visites.

Par « Local sous gestion du gouvernement » ou d'un organisme qu'elle subventionne, la Régie entend tout milieu de dispensation autre qu'un centre hospitalier, un centre d'accueil ou un CLSC. Cette appellation vise, entre autres, les écoles et les foyers privés subventionnés, les centres de détention provinciaux.

Cette tarification s'applique, notamment, aux soins donnés dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier.

17.2 Un établissement ne peut demander compensation au médecin spécialiste auquel il fournit un cabinet de consultation, de l'équipement ou les services de son personnel.

Règle 18.
Visite à domicile

18.1 Des honoraires de visite particuliers sont prévus pour les visites au domicile du malade.

On accorde le tarif de la visite principale pour le premier examen du malade.

Ce tarif de la visite principale est payé pour le premier malade vu au même domicile.

Les autres visites sont des visites de contrôle.

18.2 La tarification des visites au domicile s'applique aux examens pratiqués ailleurs qu'au cabinet privé ou en établissement, sauf disposition contraire au tarif.

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

Règle 19.
Rapports médicaux

19.1 N'est pas considéré comme frais accessoires, l'honoraire de rédaction d'un rapport médical.

Il en est de même de l'honoraire pour le résumé d'un dossier, en cabinet privé.

AVIS **:** *Voir la section relative aux services et examens médicaux considérés comme assurés à la fin du préambule général*.

Règle 20.
Déclaration de décès

20.1 Le médecin spécialiste a droit au paiement d'un honoraire de 32,70 $ pour la rédaction de la déclaration de décès.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***09200*** *à la section* Divers *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 21.
Classification

21.1 La tarification de certaines prestations de soins dont les visites et la consultation, dépend de la discipline du médecin spécialiste.

21.2 Celui qui a qualification de spécialiste dans plus d'une discipline, est classé en fonction de son certificat le plus récent.

Toutefois, les médecins ayant obtenu un certificat de spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie après le 25 novembre 2010 et qui détenaient déjà un certificat dans une surspécialité de la médecine interne ou de la pédiatrie demeurent classés dans cette surspécialité antérieure.

21.3 Il peut demander un changement de classification dans une autre discipline pour laquelle il a qualification de spécialiste, s'il établit que celle-ci représente son principal champ d'activités.

21.4 Pour les fins de l'application de l'article 21.3, celui qui a classification de spécialiste dans plus d'une discipline et qui est classé, au 13 mars 1994, dans une discipline autre que la médecine interne, la gériatrie ou la rhumatologie, ne peut demander un changement de classification en médecine interne, en gériatrie ou en rhumatologie après cette date.

Pour les fins de l'application de l'article 21.3, le médecin spécialiste en médecine interne, en gériatrie ou en rhumatologie qui obtient un nouveau certificat après le 13 mars 1994 dans une discipline autre que la médecine interne, la gériatrie ou la rhumatologie, ne peut demander un changement de classification en médecine interne, en gériatrie ou en rhumatologie.

21.5 Une demande de changement de classification est soumise aux parties négociantes; advenant désaccord entre elles, la Fédération peut déférer la question en arbitrage.

Règle 22.
Pratique hors discipline

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

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Hors discipline.**

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

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

Règle 23.
Visites, procédés et chirurgies pédiatriques

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

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

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

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

Nonobstant ce qui précède, pour la chirurgie de réticulation de la cornée aux rayons UVA, on ne majore pas le supplément de composante technique payable pour une kératectomie photothérapeutique (code 07074), lorsqu'effectuée en cabinet privé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Règle 24
Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 250 $, sont majorés à 250 $, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste.
Dans le cas des procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies faits seuls, les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS **:** *Préciser le secteur d'activité* **Salle d'opération**.
Utiliser les éléments de contexte **Patient sous anesthésie générale et Acte fait seul**.

Règle 25.
Visites, procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 150,00 $, sont majorés à 150,00 $, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

Nonobstant ce qui précède, on ne majore pas la « mise en place du tube sous microscope, unilatérale » (code 07077).

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

AVIS **:** *Préciser le secteur d'activité* **Salle d'opération**.

Selon la situation, utiliser l'élément de contexte **Patient sous anesthésie générale** *ou* **Patient sous anesthésie régionale**.

Utiliser l'élément de contexte **Acte fait seul**.

Règle 26.
Visite d'un malade atteint d'un cancer

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

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Suivi d'un patient atteint d'un cancer** *et si requis, ajouter l'élément de contexte* **Cancer de la peau**.

Indiquer le code de diagnostic médical.

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

AVIS **:** *Utiliser les éléments de contexte* **Suivi d'un patient atteint d'un cancer** *et* **Première consultation avec prise en charge du patient** *et si requis, ajouter l'élément de contexte* **Cancer de la peau**.

Indiquer le code de diagnostic médical.

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

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

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Suivi d'un patient atteint d'un cancer** *et si requis, ajouter l'élément de contexte* **Cancer de la peau**.

Indiquer le code de diagnostic médical.

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

AVIS **:** *Utiliser les éléments de contexte* **Suivi d'un patient atteint d'un cancer** *et si requis, ajouter l'élément de contexte* **Cancer de la peau**.

Indiquer le code de diagnostic médical.

Toutefois, cette majoration ne s'applique pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation (visite principale et supplément de consultation). De plus, elle ne s'applique pas aux visites de mises en oeuvre.

Règle 27.
Procédés et chirurgies en urologie

Pour le médecin classé en urologie, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls dont le tarif est de moins de 317 $, sont majorés à 317 $, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous les soins d'un médecin anesthésiologiste.
Les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

AVIS **:** *Préciser le secteur d'activité* **Salle d'opération**.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Patient sous les soins d'un médecin anesthésiologiste**

Utiliser l'élément de contexte **Acte fait seul**.

Règle 28.
Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional

28.1 En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en chirurgie générale, en chirurgie orthopédique, en chirurgie plastique, en dermatologie, en médecine interne, en médecine d'urgence, en néphrologie, en neurologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie, en pédiatrie ou en radio-oncologie qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (sauf le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un procédé diagnostique et thérapeutique ou un acte chirurgical identifié par la mention PG-28 soit effectué, a droit à un honoraire de 42 $.

La sédation-analgésie ne peut être facturée à la même séance qu'un bloc, veineux ou régional.
Services donnant droit à l'honoraire de la sédation-analgésie :
On entend par sédation-analgésie, l'administration de médicaments ou de substances servant à altérer le niveau de conscience d'une personne, sa perception de la douleur et sa tolérance à l'environnement, tout en lui permettant une réponse à la stimulation verbale ou tactile et le maintien d'une fonction cardiaque et ventilatoire adéquate en tous points.
Exclusions :

- La sédation minimale ou " anxiolyse ", où seule l'appréhension du patient est diminuée, sans changement de niveau de conscience et sans altérer la perméabilité des voies aériennes, la ventilation et la fonction cardiovasculaire n'est pas visée par la présente règle.
- L'anesthésie locale, par injection intradermique ou sous-cutanée d'anesthésique local ainsi que l'anesthésie locale topique ne sont pas considérées comme de la sédation-analgésie.
- On ne peut facturer la sédation-analgésie lorsque le patient est sous les soins d'un médecin détenant des privilèges en anesthésie (Rôle 2).

La présence du médecin, auprès du patient, pendant la procédure, est requise jusqu'à ce qu'il puisse en confier la surveillance à du personnel qualifié.

Services donnant droit à l'honoraire d'un bloc régional :

On entend par bloc régional, un bloc nerveux d'au moins un ou plusieurs nerfs majeurs, tels que définis à la Règle 2 de l'Addendum 7 – Microchirurgie. Cette règle stipule que les nerfs majeurs incluent tous les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré (tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sural, sciatique poplité externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané) ainsi que les nerfs crâniens, tels que supra-orbitaire, infra-orbitaire, mentonnier, dento-alvéolaire inférieur, spénopalatin et grand palatin.

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

L'honoraire d'un bloc veineux ou bloc régional est rémunéré à 50 % de sa valeur si le patient est sous les soins concomitants d'un médecin détenant des privilèges en anesthésiologie (Rôle 2).
Exclusions :

- Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs ainsi que les nerfs de la main et du pied étant considérées comme nerfs mineurs sont exclues.
- Les fines ramifications des nerfs mineurs sont aussi exclues.
- L'anesthésie locale par injection intradermique ou sous-cutanée d'anesthésique local ainsi que l'anesthésie locale topique ne donnent pas droit non plus à l'honoraire d'un bloc régional ou veineux.

La présence du médecin, auprès du patient, pendant la procédure, est requise jusqu'à ce qu'il puisse en confier la surveillance à du personnel qualifié.

AVIS : ***Le rôle 1 est obligatoire pour ces codes de facturation***.

Pour le médecin classé en pédiatrie :

*- Utiliser le code de facturation **70002** (sédation-analgésie) ou **70012** (bloc veineux ou bloc régional) pour facturer ces honoraires en lien avec les codes **00234**, **00249** et **00863**;*

*- Pour les autres codes de facturation, utiliser le code **70000 (**sédation-analgésie) ou **70010 (**bloc veineux ou bloc régional).*

Pour le médecin classé en médecine d'urgence :

*- Utiliser le code de facturation **70006** (sédation-analgésie) ou **70016** (bloc veineux ou bloc régional) pour facturer ces honoraires en lien avec les codes **00746**, **00777**, **01011**, **01015**, **01215**, **01216**, **05144**, **06062** et **07068**;*

*- Pour les autres codes de facturation, utiliser le code **70000** (sédation-analgésie) ou **70010** (bloc veineux ou bloc régional).*

*Pour les autres spécialités, sauf la chirurgie générale, utiliser le code de facturation **70000** (sédation-analgésie) ou **70010** (bloc veineux ou bloc régional).*

Pour le médecin qui procède à une sédation-analgésie, à un bloc veineux ou à un bloc régional afin de permettre à un autre médecin d'effectuer le PDT ou la chirurgie identifié par la mention PG-28, inscrire l'élément de contexte **PDT ou chirurgie identifié par la mention PG-28 effectué par un autre médecin**.

Médecin rémunéré selon le mode mixte des annexes 38 ou 40

Pour le médecin qui procède à une sédation-analgésie, à un bloc veineux ou à un bloc régional afin d'effectuer un PDT ou une chirurgie identifié par la mention PG-28 qui est absent du tableau des suppléments d'honoraires de sa spécialité, inscrire l'élément de contexte **PDT ou chirurgie identifié par la mention PG-28 non facturé car non payable à suppléments d'honoraires**.

*Pour les codes de facturation **70000**, **70002** et **70006,** inscrire l'heure de début du service*.

*Pour les codes de facturation **70010**, **70012** et **70016** :*

- Inscrire l'heure de début du service;

- S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Patient sous les soins concomitants d'un anesthésiologiste**.

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

AVIS : ***Le rôle 1 est obligatoire pour ce code de facturation***.
Pour le médecin classé en chirurgie générale, utiliser le code de facturation ***70005*** *(sédation-analgésie) ou* ***70015*** *(bloc veineux ou bloc régional).*

Pour le médecin qui procède à une sédation-analgésie, à un bloc veineux ou à un bloc régional afin de permettre à un autre médecin d'effectuer un PDT ou une chirurgie identifié par la mention PG-28, inscrire l'élément de contexte **PDT ou chirurgie identifié par la mention PG-28 effectué par un autre médecin**.

Médecin rémunéré selon le mode mixte de l'annexe 38
Pour le médecin qui procède à une sédation-analgésie, à un bloc veineux ou à un bloc régional afin d'effectuer un PDT ou une chirurgie identifié par la mention PG-28 qui est absent du tableau des suppléments d'honoraires de sa spécialité, inscrire l'élément de contexte **PDT ou chirurgie identifié par la mention PG-28 non facturé car non payable à suppléments d'honoraires**.

Pour le code de facturation ***70005****, inscrire l'heure de début du service.*

Pour le code ***70015****:*

- Inscrire l'heure de début du service;

- S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Patient sous les soins concomitants d'un anesthésiologiste**.

28.3 De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine interne, ces honoraires ne s'appliquent pas pour les services médicaux codés 00635, 00691, 00697, 00700, 00703, 09362, 09363, 20277, 20278, 20279, 20280 et 20281.

Règle 29.
Majoration pour certaines pathologies

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

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

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic médical.*

Pour obtenir la majoration, la pathologie doit faire partie de la liste ci-dessous.

Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés ci-dessous, voir le tableau de correspondance à la rubrique Répertoire des diagnostics.

Liste des pathologies spécifiées par les parties négociantes :

446.0 Périartérite noueuse

446.1 Fièvre cutanéo-muqueuse et ganglionnaire

446.2 Angéite allergique

446.3 Granulome malin de la face

446.4 Granulomatose de Wegener

446.5 Artérite à cellules géantes

446.6 Purpura thrombocytopénique thrombotique

446.7 Maladie de Takayashu

446.9 Périartérite noueuse et affections apparentées – sans précision

447.6 Artérite – sans précision, sauf 437.4-414.8-446.7-440

696.0 Arthropathie psoriasique

710 Maladies disséminées du tissu conjonctif, sauf 446

710.0 Lupus érythémateux aigu disséminé, sauf 695.4

710.1 Sclérodermie progressive, sauf 701.0

710.2 Syndrome de Gougerot-Sjogren

710.3 Dermatomyosite

710.4 Polymyosite

710.8 Maladies disséminées du tissu conjonctif - autres

710.9 Maladies disséminées du tissu conjonctif – sans précision

711 Arthropathies associées à des infections, sauf 390

711.0 Arthrite à bactéries pyogènes

711.1 Arthropathies au cours du syndrome de Reiter et affections apparentées

711.2 Arthropathies au cours du syndrome de Behçet

711.3 Arthropathies associées à des infections intestinales

711.4 Arthropathies associées à d'autres maladies bactériennes

711.6 Arthropathies associées à des mycoses

711.7 Arthropathies associées aux helminthiases

711.8 Arthropathies associées à d'autres maladies infectieuses et parasitaires, sauf 135-713.7

711.9 Arthrite infectieuse – sans précision

713.0 Arhropathies associées à d'autres affections endocriniennes et métaboliques, sauf 713.7-712-713.5

713.1 Arthropathies associées aux affections gastro-intestinales non infectieuses

713.2 Arthropathies associées aux affections hématologiques, sauf 713.6

713.3 Arthropathies associées à des affections dermatologiques

713.4 Arthropathies associées à des affections respiratoires, sauf 711

713.5 Arthropathies associées à des affections neurologiques

713.6 Arthropathies associées à une réaction d'hypersensibilité, sauf 716.2

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

714.0 Arthrite rhumatoïde

714.1 Syndrome de Felty

714.2 Autres arthrites rhumatoïdes avec atteinte viscérale

714.3 Polyarthrite chronique juvénile

714.4 Arthrite rhumatoïde de Jaccoud

714.8 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires - autres

714.9 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires – sans précision

720 Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires

720.0 Spondylarthrite ankylosante

720.2 Sacro-iléite, non classée ailleurs

720.8 Autres spondylopathies inflammatoires

720.9 Spondylopathies inflammatoires – sans précision

725 Pseudo-polyarthrite rhizomélique

725.9 Pseudo-polyarthrite rhizomélique – sans précision

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

AVIS **:** *Inscrire les codes de diagnostic médical.*
Utiliser l'élément de contexte **Deuxième pathologie dans un système anatomique différent de celui de la première**.
La deuxième pathologie doit faire partie de la liste ci-dessous et doit être dans un système anatomique différent de celui de la première pathologie.
Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés ci-dessous, voir le tableau de correspondance à la rubrique Répertoire des diagnostics.

Liste des pathologies spécifiées par les parties négociantes :

Neurologie :

1. Maladie neuro-dégénérative

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

2. Maladie neuro-vasculaire

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

3.

191.0 - 191.9	Tumeur cérébrale

Endocrinologie :

1. Endocrinopathie

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

Cardio-vasculaire :

1.

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

2.

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

3.

441.0 - 442.9	Anévrysme vasculaire

4.

393.9 - 398.9	Valvulopathies rhumatismales
424.0 - 424.9	Valvulopathies non rhumatismales

5.

996.61 ou 996.62	Infection prothèse vasculaire

6.

428.0 - 428.9	Insuffisance cardiaque

7.

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

Respiratoire :

1.

490.9 - 494.9	Maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme

2.

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

3.

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

4.

162.0 - 162.9	Tumeur pulmonaire

Digestif :

1.

150.0 - 159.9	Tumeur digestive

2.

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

3.

579.0 - 579.9	Malabsoption

4.

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

5.

571.0 - 571.9	Cirrhose

6.

574.0 - 577.9	Maladie des voies biliaires et du pancréas

Néphrologie :

1. Maladie lithiasique

592.0 - 594.9	Urolithiase symptomatique
592.0 - 594.9	Néphrolithiase symptomatique
592.0 - 594.9	Colique néphritique
2.	
584.5 - 586.9	Insuffisance rénale
3. Néphropathie	
581.0 - 581.9	Syndrome néphrotique
580.0 - 580.9 ou 582.0 - 583.9	Syndrome néphritique
791.0	Protéinurie
580.0 - 583.9	Glomérulonéphrite (étiologies diverses)
791.0	Microalbuminurie
403.91	Népropathie hypertensive avec insuffisance rénale
4.	
188.0 - 189.9	Tumeur urologique
5.	
405.9	Hypertension secondaire
6.	
642.31 - 642.94	Hypertension gestationnelle

Hématologie :

1. Anémie

281.0 - 281.9	Anémie par déficience vitaminée ou autre (sauf fer)
280.90 - 280.99	Anémie ferriprive
285.0 - 285.9	Anémie postopératoire sévère (nécessitant transfusion)
2.	
288.0 - 289.9	Dyscrasie sanguine
3.	
204.00 - 208.91	Leucémie
4.	
200.0 - 208.91 (sauf leucémies)	Tumeur maligne
5.	
444.0 - 444.9	Maladie thrombo-embolique
6.	
286.9	Thrombophilie
286.0 - 286.9	Trouble de coagulation

Rhumatologie :

1. Arthrite

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

2.

446.0 - 446.7 ou 447.6	Vasculite (Wegener, PAN, v.leucocytoclasique)

3.

710.0 - 710.9	Collagénose

4.

733.0	Ostéoporose fracturaire

5. Maladie infiltrative

729.3	Panniculite
695.2	Érythème noueux
135.9	Sarcoïdose

Intoxication :

977.9	Médicamenteuse
969.0	Tricycliques
965.4	Acétaminophène
965.1	Acide acétylsalicylique
	Polyintoxication
977.9	**Médicaments non précisés**
	Médicaments précisés : les coder tous
980.1	**- Méthanol**
982.8	**- Éthylène glycol**
980.0	**- Éthanol**

Maladies infectieuses :

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

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

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

AVIS : *Inscrire les codes de diagnostic médical.*
Utiliser l'élément de contexte **Trois pathologies dans des systèmes anatomiques différents**.

Les deuxième et troisième pathologies doivent faire partie de la liste sous la règle 29.2. Chacune des trois pathologies doit être dans un système anatomique différent de celui des deux autres .

Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés sous la règle 29.2, voir le tableau de correspondance à la rubrique Répertoire des diagnostics.

Règle 30.
Visites, procédés et chirurgies en chirurgie orthopédique

Pour le médecin classé en chirurgie orthopédique, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 211 $, sont majorés à 211 $ lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

AVIS **:** *Préciser le secteur d'activité* **Salle d'opération**.

Utiliser l'élément de contexte **Patient sous anesthésie générale** *ou* **Patient sous anesthésie régionale**. *Utiliser l'élément de contexte* **Acte fait seul**.

Règle 31.
Visites, procédés et chirurgies en neurochirurgie

Les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies effectués par le médecin classé en neurochirurgie sont majorés de 35 % lorsque dispensés au CHU Sainte-Justine et au CUSM - Site Glen (pédiatrique) ou lorsque dispensés par un médecin qui exerce en neurochirurgie pédiatrique au CHUL et qui est désigné par les parties négociantes.

Règle 32.
Visites et procédés diagnostiques et thérapeutiques en hématologie-oncologie médicale

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

Règle 33.
Constat de décès à distance

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

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15264*** *à la section* Divers *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

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

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***09200*** *à la section* Divers *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 34.
Réunion clinique multidisciplinaire

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

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

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

34.2 Le médecin spécialiste qui participe à une réunion clinique multidisciplinaire a droit au paiement d'honoraires de 52,75 $ par quart d'heure complété. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.

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

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

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

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

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

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

- Annexe 42 concernant l’instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie
- Annexe 43 concernant l’instauration d’un programme de congé parental pour les médecins spécialistes

- Lettre d'entente nº 152 concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale
- Lettre d'entente nº 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme Ampro^{OB} dans les établissements de santé du Québec
- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence (EVAQ)
- Forfait pour chimiothérapie
- Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Protocole concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma team leader) dans un centre de traumatologie désigné.

34.5 La présente règle ne s'applique pas aux médecins classés en psychiatrie ni au médecin qui participe à une clinique des tumeurs. Toutefois, pour les médecins classés en dermatologie, le code de réunion multidisciplinaire peut être facturé pour leur participation aux cliniques des tumeurs. Elle ne s'applique également pas pour un médecin qui participe à une réunion multidisciplinaire spécifique pour laquelle une tarification est prévue dans sa spécialité, soit une réunion neuromusculaire multidisciplinaire en neurologie, une discussion d'un cas complexe en gériatrie, une réunion multidisciplinaire faite dans le cadre d'un plan d'intervention individualisée (P.I.I.) en physiatrie ou une clinique surspécialisée en neurochirurgie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15406*** *à la section* Divers *sous l'onglet* B – Tarification des visites du Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte.

Règle 35.
Communication par l'intermédiaire d'un interprète

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

Règle 36.
Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

36.1 L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir d'un patient est réalisée par le médecin qui accepte d'accompagner un patient (ci-après le « médecin accompagnateur ») dans le cadre du processus faisant suite à sa demande d'aide médicale à mourir. À ce titre, le médecin accompagnateur vérifie que le patient satisfait aux conditions prévues à la Loi. Lorsqu'il conclut que l'aide médicale à mourir peut être administrée et que le patient maintient sa demande, il la lui administre, l'accompagne et demeure avec lui jusqu'à son décès, le tout selon les modalités requises.
L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir s'applique également à l'égard de l'intervention du médecin qui, à la demande du médecin accompagnateur, fournit un second avis sur le respect des conditions prévues à la Loi.
L'intervention clinique inclut, le cas échéant, la vérification de la demande du patient, la gestion de son transfert, l'évaluation de la recevabilité de la demande, la révision du dossier, les communications avec le patient ou avec ses proches, l'information à lui transmettre quant au processus lui-même, le soutien à lui apporter et le respect des modalités requises. Elle inclut également les échanges avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le patient ou avec les autres professionnels ou personnes concernés. Toutefois, elle n'inclut pas le temps requis pour la gestion des médicaments ou le complètement des formulaires suivants, lesquels services sont rémunérés selon la tarification qui leur est applicable :

- Gestion des médicaments (règle 37)
- Formulaire de déclaration de l'administration de l'aide médicale à mourir (règle 38)
- Formulaire d'avis d'un second médecin (règle 39)
- Rédaction de la déclaration de décès (code 09200).

Les honoraires payables pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir sont prévus à la nomenclature. Ils s'appliquent en lieu et place de tous autres honoraires de visites qui pourraient autrement être applicables pour une intervention effectuée dans le cadre d'une aide médicale à mourir. Une séance ne doit pas durer moins de quinze (15) minutes consécutives. Par la suite, une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes consécutives complétées peuvent être réclamées.
Le médecin doit compléter des notes au dossier du patient.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***17000*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

36.2 Les dispositions relatives à l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir s'appliquent en établissement, en cabinet, en maison privée de soins palliatifs et à domicile.
Lorsque le médecin doit se déplacer à dix (10) kilomètres ou plus du lieu principal de pratique où il exerce jusqu'au lieu de l'intervention, un supplément de temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction. Ce maximum peut être dépassé dans le cas de difficulté de recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention. Ce dépassement fait l'objet d'une considération spéciale.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***17001*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Lorsque le médecin doit effectuer un déplacement de plus de quarante (40) kilomètres, il a droit au paiement de ses frais de déplacement, et ce, conformément à l'article 2.1 a) de l'annexe 23.

AVIS **:** *Pour les instructions de facturation, voir la section* Facture de frais de déplacement *du* Guide de facturation -Rémunération à l'acte.

Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

36.3 Le médecin a droit au paiement d'honoraires majorés de 70 % pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir qu'il effectue entre 19 h et 7 h du lundi au vendredi ou entre 7 h et 7 h le samedi, le dimanche ou un jour férié.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***17000*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 37.
Gestion des médicaments (médecin accompagnateur)

Le médecin accompagnateur est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à la gestion des médicaments à être administrés à un patient dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir. La tarification applicable inclut le temps consacré aux discussions avec le pharmacien, à la récupération des médicaments, à leur retour à la pharmacie, à leur décompte ainsi qu'à l'inscription de l'information requise au registre des médicaments.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***17002*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 38.
Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir

Le médecin accompagnateur est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à compléter le formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir et à le transmettre, lorsque requis, au CMDP, au Collège des médecins et à la Commission sur les soins de fin de vie.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***17003*** *et* ***17004*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 39.
Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir

Le médecin spécialiste qui est appelé à fournir un second avis sur le respect des conditions prévues à la Loi est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à compléter le formulaire d'avis du médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir et à le verser au dossier du patient.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***17005*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 40.
Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue

Le médecin est rémunéré à l'acte pour le temps consacré à compléter le formulaire de déclaration de la sédation palliative continue et à le transmettre, lorsque requis, au CMDP ou au Collège des médecins.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***17006*** *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

Règle 41.
Supplément d'honoraires de plateau technique

En cabinet privé, un supplément d'honoraires est prévu, à titre de frais compensatoires, pour certains services nécessitant l'utilisation d'un plateau technique. Ce supplément est de 5 $ pour un plateau mineur, de 18 $ pour un plateau moyen et de 36 $ pour un plateau principal.

01097	Plateau mineur	5,00 $
01098	Plateau moyen	18,00 $
01099	Plateau principal	36,00 $

Les services visés par un supplément d'honoraires sont mentionnés à l'annexe 1.

Un seul supplément d'honoraires de plateau technique est payable, par jour, par médecin et par patient, lorsqu'un même service visé par un tel supplément d'honoraires est dispensé plus d'une fois au patient. Lorsque deux ou plusieurs services visés différents sont dispensés au cours d'une journée à un patient, par un médecin, le supplément d'honoraires de plateau technique le plus élevé est alors payé à plein tarif et un seul autre supplément d'honoraires de plateau technique est alors payable à demi-tarif, selon le tarif le plus élevé.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Second supplément d'honoraires de plateau technique**.

Aux fins de l'application de l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre, les suppléments d'honoraires prévus à la présente règle ne constituent pas une rémunération de base. De plus, ces suppléments d'honoraires ne bénéficient également pas, selon le cas, des majorations prévues au Préambule général et applicables en fonction de l'âge.

ANNEXE 1

Règle 41.
Liste des services visés par un supplément d'honoraires de plateau technique

Frais de plateau mineur de 5 $:
S'appliquent sur les services suivants : 00235, 00253, 00255, 00257, 00267, 00281, 00430, 00431, 00486, 00554, 00656, 00744, 01101, 01108, 03804, 06398, 07068, 07159, 07306, 07418, 07803, 07816, 09336, 09356, 09402, 20049, 20143, 20144, 20145, 20146, 20147, 20148, 20206, 20217, 20500, 20501, 20502, 20503 et 20255.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***01097***.

Frais de plateau moyen de 18 $:
S'appliquent sur les services suivants : 00172, 00174, 00177, 00194, 00201, 00214, 00215, 00245, 00582, 00741, 00798, 00826, 01011, 01013, 01102, 01103, 01105, 01106, 01196, 01215, 01225, 01227, 01320, 01323, 01327, 01414, 03000, 03160, 05004, 05008, 05021, 05050, 05084, 05144, 05248, 05501, 05801, 06043, 06062, 06131, 06173, 06178, 06394, 07075, 07076, 07174, 07175, 07197, 07302, 07430, 07467, 09329, 20017, 20036, 20117 et 20154.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***01098***.

Frais de plateau principal de 36 $:
S'appliquent sur les services suivants : 00405, 00471, 00746, 01104, 01107, 01121, 01122, 01123, 01124, 01131, 01133, 01169, 01172, 01216, 01365, 01405, 01415, 02082, 02383, 02750, 02783, 03321, 05173, 06127, 06170, 06399, 07077, 07078, 07173, 07258, 09300, 09342 et 20118.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***01099***.

Règle 42.
Tarification de certains services en physiatrie et en radiologie

Un supplément d'honoraires s'applique pour certains services, lorsque dispensés sous contrôle fluoroscopique en cabinet privé. Il s'applique au médecin spécialiste en physiatrie désigné par les parties négociantes et qui exerce dans un cabinet privé reconnu par elles.
Ce supplément d'honoraires est prévu à la nomenclature et s'applique pour les services 00178, 00217, 00292, 00293, 00814, 20022, 20511, 20512, 20513 et 20514.
Ce supplément d'honoraires s'applique également pour le service 00217 lorsque dispensé par un médecin spécialiste en radiologie dans un laboratoire d'imagerie médicale.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **20226** à **20235** sous l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*.

Lorsqu'un même service visé ci-dessus est dispensé plus d'une fois par patient au cours d'une journée ou lorsque plusieurs services visés différents sont dispensés par patient au cours d'une journée, un seul supplément d'honoraire est payable pour l'ensemble des services visés dispensés, selon le tarif le plus élevé.
Aux fins de l'application de l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre, les suppléments d'honoraires prévus à la présente règle ne constituent pas une rémunération de base et ne sont donc pas sujets à majoration.

Services et examens médicaux considérés comme assurés en conformité avec l'article 22a) ii du règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie

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

AVIS **:** *Les examens optométriques sont couverts par la Régie pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation*.

1. Conducteur d'un véhicule de commerce, d'un autobus de plus de 24 passagers ou d'un véhicule exigeant des qualifications plus grandes :

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

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

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

2. Conducteur d'un véhicule d'urgence :

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

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

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

3. Conducteur d'un autobus de 24 passagers ou moins ou d'un minibus

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

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

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2);
- Articles 24 2, 28 5 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

4. Chauffeur de taxi

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

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

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2);
- Articles 24 2, 28 6 et 42 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

5. Étudiant admis à un programme d'études en techniques de pilotage, techniques maritimes, techniques policières ou techniques du contrôle de la circulation aérienne

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

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

6. Fonctionnaire au sens de la loi sur la fonction publique

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

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

7. Enseignant occupant un emploi dans une école publique de la commission scolaire crie, la commission scolaire kativik et le comité naskapi de l'éducation

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

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

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

8. Agents et cadets de la sûreté du québec et des corps de police municipaux

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

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

9. Manipulateurs d'aliments et les personnes préposées aux soins des malades ou à la garde des enfants

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

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

10. Manipulateur d'aliments dans un camp forestier ou des installations spécifiées

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

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

11. Employés d'un détenteur de permis visés à l'article 90 du règlement d'application de la loi sur la santé publique

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

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

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

12. Membres du personnel d'un laboratoire de prothèses et orthèses ou d'un laboratoire de biologie médicale

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

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

13. Membres du personnel d'un laboratoire de radiologie diagnostique

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

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

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

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

14. Cuisinier, aide-cuisinier ou manipulateur d'aliments dans les campements industriels

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

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

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

15. Ouvriers employés dans une exploitation minière ou une carrière

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

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

16. Employés travaillant dans un établissement régi par le règlement sur les établissements industriels et commerciaux

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

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

17. Machinistes employés dans les mines et carrières

Examen médical annuel attestant que le machiniste ne présente pas d'infirmités physiques ou psychiques ou des déficiences de la vue ou de l'ouïe.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (Chapitre S-2.1);
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions règlementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

18. Personnel d'un établissement au sens de la loi sur les services de santé et les services sociaux

Toute personne oeuvrant dans un établissement doit se soumettre aux normes déterminées par le chef du département de santé communautaire en matière d'hygiène, de prophylaxie et de contrôle microbiologique et clinique.

- Loi sur les services de santé et services sociaux (chapitre S-5);
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

Services et examens médicaux considérés comme assurés en conformité avec l'article 22 f) du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public (chapitre C-81);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (chapitre R-9);
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (chapitre S-32.001) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 35 de cette Loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1).

Demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada pour des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada.

Conformément au Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie et à celui de l'assurance hospitalisation, la Régie peut payer certains services médicaux et hospitaliers à recevoir hors du Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec ni au Canada.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie, à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

Important

Avant de présenter une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada, veuillez vous assurer :

que le service n'est pas disponible au Québec ni au Canada;
que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est donc pas de nature expérimentale;
que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

Si la personne assurée se fait soigner hors du Canada **sans avoir obtenu l'autorisation préalable** de la Régie, elle devra assumer elle-même le coût des services hospitaliers qu'elle recevra hors du Canada. Les services médicaux assurés seront remboursables au tarif du Québec.

Demande d'autorisation

1. Renseignements obligatoires

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
b) sa date de naissance;
c) son numéro d'assurance maladie;
d) son adresse complète;
e) son numéro de téléphone.

2. Documents requis

Il faut joindre à la demande :

A) Une **attestation médicale**, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :

une description détaillée des services spécialisés requis;
une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
le nom du professionnel de la santé hors du Québec qui sera responsable des services spécialisés requis.

B) Un **résumé** du dossier médical

3. Acheminement de la demande

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q022)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. Information

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

Demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada qui ne sont pas disponibles au Québec

Dans le cadre du suivi médical d'une personne assurée, un médecin peut devoir déposer ou appuyer une demande d'autorisation d'hospitalisation hors du Québec, au Canada.

Conformément au Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie, la Régie peut payer certains services médicaux à recevoir au Canada, s'ils ne sont pas disponibles au Québec.

Pour ce faire, les services destinés à la personne assurée doivent être **préalablement autorisés** par la Régie à la suite d'une demande écrite signée par deux médecins spécialisés dans le domaine concerné par la maladie de celle-ci.

Si la personne assurée n'a pas obtenu une autorisation préalable avant de recevoir des services médicaux hors du Québec, au Canada, ceux-ci seront remboursables au tarif du Québec.

Important

Avant de présenter une demande d'autorisation pour des services médicaux au Canada, veuillez vous assurer :

que le service n'est pas disponible au Québec;
que le service est requis du point de vue médical par la condition particulière de la personne;
que le service est assuré; c'est-à-dire qu'il est reconnu, qu'il n'est pas de nature expérimentale;
que le service sera rendu dans un centre hospitalier reconnu comme tel;
qu'en cas d'un transfert rapide hors du Québec, l'urgence d'agir soit de nature médicale.

Demande d'autorisation

1. Renseignements obligatoires

La demande doit comporter les renseignements suivants concernant la personne assurée :

a) son nom à la naissance et marital pour une femme mariée;
b) sa date de naissance;
c) son numéro d'assurance maladie;
d) son adresse complète;
e) son numéro de téléphone.

2. Documents requis

Il faut joindre à la demande :

A) Une **attestation médicale**, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :

une description détaillée des services spécialisés requis;
une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec;
le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
le nom du professionnel de la santé qui sera responsable des services spécialisés à rendre.

B) Un **résumé** du dossier médical

3. Acheminement de la demande

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q022)

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. Information

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

Services médicaux rendus au Québec demandant une autorisation

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 04788 (dissection et excision de paquets variqueux etc.). Voir la NOTE sous ce code de facturation à la section *Veines, varices et ulcères variqueux* sous l'onglet *J - Système cardiaque*.

Le médecin doit formuler une demande écrite en fournissant tous les éléments dont il dispose pour justifier la nécessité médicale de l'intervention.

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 :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'expertise médicale (Q044)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

AVIS **:** *La documentation doit être adressée à :*
Direction de l'expertise et des contrôles
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Services rendus au Québec à des résidents d'autres provinces et des territoires

AVIS **:** *Pour plus d'information relative à la facturation ou aux coordonnées hors province, consulter la rubrique* Facturation hors province.

Tableau des dates fixées par la régie pour la célébration des fêtes légales

Article 14.5

AVIS **:** *Pour connaitre les dates des jours fériés, consultez la rubrique* Calendriers *de l'onglet* Facturation et rémunération.

B — Tarification des visites

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Temps du service discontinu** *lorsque vous facturez un service rendu à un patient de façon discontinue au cours d'une même journée et que les heures de début et de fin sont requises.*
L'heure de fin doit correspondre à l'heure de début du service plus le temps cumulé pour l'ensemble des périodes discontinues du service

Addendum 1. - Médecine

1. Supplément de durée

Un supplément de durée est payé pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe et nécessite une visite d'une durée inhabituelle, minimum 30 minutes.

La tarification du supplément de durée est prévue aux tableaux d'honoraires; nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite. Toutefois, lorsque les tableaux d'honoraires prévoient le paiement d'un supplément en fonction de l'âge du patient, celui-ci est également payable.

Ce supplément de durée s'ajoute à la visite principale ou à la visite de transfert.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de la visite principale ou de la visite de transfert si la durée est supérieure ou égale à 30 minutes.*

Le médecin indique le diagnostic et la durée de la visite pour laquelle le supplément de durée est facturé. Il doit également indiquer les heures de début et de fin de toutes les visites et consultations rendus pendant la journée dans le lieu où le médecin a facturé au moins un supplément de durée.

Toutefois, cette obligation ne s'applique pas aux visites et consultations effectuées dans le secteur de l'hospitalisation ou à l'urgence d'un centre hospitalier de courte durée.

Le supplément de durée s'applique aux disciplines médicales, sauf pour les médecins classés en cardiologie, en psychiatrie, en médecine interne et en médecine d'urgence et en radio-oncologie. Il s'applique également au médecin classé en microbiologie.

AVIS **:** *Inscrire le ou les codes de diagnostic sur la facture qui comprend le supplément de durée. Inscrire les heures de début et de fin pour le supplément de durée. Ces heures doivent être les mêmes que celles de la visite.*

Pour connaître les codes de diagnostic, consulter la rubrique Répertoire des diagnostics.

2. Limitations

Celui qui demande paiement d'un supplément de durée, n'a pas droit au tarif de la thérapie de communication.

Il n'y a pas ouverture au supplément de durée pour une entrevue de counselling ou pour un bilan de santé.

Sauf pour le malade hospitalisé, le supplément de durée n'est payé qu'une fois par période de 12 mois, à l'exception du médecin classé en rhumatologie ou en dermatologie pour lequel le supplément de durée est payé jusqu'à un maximum de trois fois par période de 12 mois.

3. Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale Abrogée en date du 1er juillet 2023 par la Modification 107

3.1 La tarification des visites en hématologie-oncologie médicale varie selon que le médecin appartient au groupe A ou au groupe B.

3.2 Appartient au groupe A, le médecin spécialiste qui détient un certificat de spécialiste en hématologie.

3.3 Appartient au groupe B, le médecin spécialiste qui détient un certificat de spécialiste en oncologie médicale et qui ne détient pas de certificat de spécialiste en hématologie.

3.4 De façon exceptionnelle, les parties négociantes peuvent désigner comme appartenant au groupe B, le médecin spécialiste qui détient à la fois un certificat de spécialiste en oncologie médicale et un certificat de spécialiste en hématologie, lorsque ce médecin exerce principalement en oncologie médicale et n'a aucune activité de laboratoire.

4. Visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale Abrogée en date du 1er janvier 2024 par la Modification 109

AVIS : *Voir les codes de facturation **09012**, et **16053** sous le présent onglet B.*

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Durée de la visite de 60 minutes et plus.**

5. Visites pour des patientes souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale

5.1 Intervention clinique

L'intervention clinique est la visite effectuée par le médecin spécialiste en urologie ou en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge initiale et la visite de suivi d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale. L'intervention clinique ne peut être effectuée que dans les cliniques spécialisées des centres de référence reconnus et désignés par les parties négociantes, ou en cabinet, lorsque le médecin spécialiste y voit la patiente pour le compte du centre de référence dans lequel il offrirait le service. Elle comprend, le cas échéant et sans s'y limiter, la gestion du transfert, la révision du dossier, les communications avec la patiente ou avec ses proches, notamment au sujet de la prise en charge multidisciplinaire et chirurgicale, l'information transmise quant au processus d'évaluation de la recevabilité de la demande, le soutien à apporter et les fonctions d'investigation, de diagnostic, de traitement, de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé physique et psychosociaux et des effets indésirables liés aux bandelettes sous-urétrales.
Elle inclut également les échanges avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec la patiente ou avec les autres professionnels ou personnes concernés. Cette intervention comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que la rédaction de l'opinion écrite.

AVIS : *Voir les codes de facturation **15891** et **15939** sous le présent onglet B.*

La liste des centres de référence désignés est disponible à la page Listes de désignations et listes de garde.

Un maximum de 7 interventions cliniques, par patiente, par médecin, par année civile est facturable.

5.2 Visites de prise en charge et de suivi

Les visites de prise en charge initiale et de suivi d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale, sont facturables dans les centres secondaires désignés par les parties négociantes, ou en cabinet, lorsque le médecin spécialiste y voit la patiente pour le compte du centre secondaire dans lequel il offrirait le service.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15892****,* ***15893****,* ***15937*** *et* ***15938*** *sous le présent onglet B.*

La liste des centres secondaires désignés est disponible à la page Listes de désignations et listes de garde.

Un maximum de 1 prise en charge initiale, par patiente, par médecin, par année civile est facturable.
Un maximum de 6 visites de suivi, par patiente, par médecin, par année civile est facturable.

Tarification des visites

Nomenclature des visites et des suppléments de consultation

AVIS **:** *Le supplément de consultation ne peut être facturé seul puisqu'il est inclus dans le tarif de la consultation qui comprend les honoraires de la visite principale et le supplément de consultation. Inscrire le code de facturation de la consultation seulement. Voir la règle 6.1 du préambule général.*

Dans les tableaux d'honoraires, les actes qui paraissent en italique sous le titre ***AVIS*** *ne figurent pas dans les tableaux des honoraires de l'accord-cadre; ils sont ajoutés par la RAMQ afin de permettre l'application de certaines règles et une meilleure facturation.*

Exemple :

09127	*Visite principale*	92,80
------	*Supplément de consultation*	77,25
09165	*Consultation*	
	(incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,05

Allergie

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09127**, **09162**, **09165**, **09170**, **09201** et **09212**, voir la Règle d'application nº 29.*

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	92,80
15363	patient de 10 ans et moins, supplément	10,55
----	Supplément de consultation 77,25	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,05
15364	patient de 10 ans et moins, supplément	10,55
09137	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.	
09129	Visite de contrôle	62,40
15365	patient de 10 ans et moins, supplément	10,55
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
AVIS **:**	*Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	93,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	93,40
15366	Patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15367	Si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
----	Supplément de consultation 72,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,70
15368	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15369	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
09080	Supplément de durée	12,25
	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	41,05
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	44,35
15370	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85

15371	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général).	47,50
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	112,95
09096	chaque jour subséquent	66,50
	Avec prise en charge de l'unité :	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*
*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

Externe

09162	Visite principale	69,20
15372	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15373	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
----	Supplément de consultation 56,70	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,90
15374	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15375	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
09078	Supplément de durée	17,75

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.

09164	Visite de contrôle	39,85
15376	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15377	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20

Salle d'urgence

15378	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,70
15379	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15380	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20

AVIS **:** *Indiquer le lieu de dispensation et le secteur d'activité* Clinique d'urgence.

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

09147	Visite principale	22,15
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,15
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,40
09148	Visite de contrôle	11,60

Domicile :

09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95

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	25,00

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) Note : Le code 15381 est facturable une fois par patient, par année civile	263,90

AVIS **:** *Inscrire :*

- le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession;

- l'heure de début du service.

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	*69,20*
----	*Supplément de consultation 56,70*	

09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*125,90*
09088	*Supplément de durée* NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	*17,75*
	AVIS **:** *Voir l'*Addendum 1 - Médecine.	
09202	*Visite de contrôle*	*39,85*

Anesthésiologie

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	17,75
----	Supplément de consultation 23,85	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	41,60
09129	Visite de contrôle	8,85
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	16,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	16,70
----	Supplément de consultation 30,80	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,50
09135	Visite de contrôle	11,10
	AVIS **:** *Pour les soins en urgence, voir la* Règle d'application n° 6.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	74,00
09096	chaque jour subséquent	50,00
	Avec prise en charge de l'unité *:*	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

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

	Soins intensifs	
15482	Visite principale	63,35
----	Supplément de consultation 68,60	
15483	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	131,95
15484	Visite de contrôle	25,35

AVIS **:** *Pour les codes **15482**, **15483** et **15484**, inscrire l'heure de début du service.*

Externe

09162	Visite principale	16,70
----	Supplément de consultation 30,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,50
09145	Visite de contrôle	11,10

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

09147	Visite principale	22,15
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,15
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,50
09148	Visite de contrôle	11,60

Domicile :

09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95

Établissement :

Clinique d'évaluation préopératoire

Note : Service offert entre 7h et 17h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin des services (codes de facturation **15485**, **15486** et **15487**). Inscrire l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.*

Évaluation au vu du dossier ou d'une visite en présence du patient :

15485	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée	26,40
15486	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire	79,15
15487	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans	131,95

Note : Le service de clinique d'évaluation préopératoire est limité aux installations désignées par le comité conjoint. Ce dernier produit une liste d'installations désignées qui est par la suite transmise à la Régie. Un nombre de services par semaine est alloué par les parties négociantes pour l'ensemble des codes 15485, 15486 et 15487, à chaque établissement selon la catégorie d'établissement auquel il appartient. Le nombre de services maximal est déterminé en fonction du volume des chirurgies, des types de chirurgies et d'un ratio d'évaluation de patients déterminé selon la lourdeur de la clientèle et la catégorie.
Établissement A : 150 services par semaine
Établissement B : 75 services par semaine
Établissement C : 30 services par semaine

AVIS **:** *La liste des installations désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Note : Aucun autre service ne peut être facturé par le même médecin anesthésiologiste durant la période où il réclame ces services.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée.*

Note : Aucun autre service facturé en rôle 2 ne peut être réclamé le même jour pour le même patient.

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*
Voir la règle 17 du préambule général.
Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.
Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	*16,70*
----	*Supplément de consultation 30,80*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*47,50*
09202	*Visite de contrôle*	*11,10*

Biochimie

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	54,80
----	Supplément de consultation 57,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	112,20
09129	Visite de contrôle	28,40
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	65,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,10
----	Supplément de consultation 47,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	112,20
09094	Visite de transfert	47,10
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	22,80
	Externe	
09162	Visite principale	59,40
----	Supplément de consultation 66,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,40
09164	Visite de contrôle	23,35
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	21,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,00
09148	Visite de contrôle	11,10
	Domicile :	
09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	*59,40*
----	*Supplément de consultation 66,00*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*125,40*
09202	*Visite de contrôle*	*23,35*

Cardiologie

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09127**, **09162**, **09165**, **09170**, **09201** et **09212**, voir la* Règle d'application nº 19.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	90,35
----	Supplément de consultation 72,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	163,30
15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	163,30
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*	
09129	Visite de contrôle	46,85
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	98,90
15703	Si médecin traitant pour patient admis en urgence, supplément Note : Le code 15703 est facturable une fois par patient, par hospitalisation, pour l'ensemble des cardiologues. Note : Le code 15703 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.	44,25
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	98,90
----	Supplément de consultation 96,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	195,10
15268	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	195,10
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*	
09094	Visite de transfert	98,90
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	52,50
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	65,40
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	182,45
09096	chaque jour subséquent	101,70
	Avec prise en charge de l'unité : par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

09221	Unité coronarienne (Pour la première visite et incluant, le cas échéant, l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par patient	88,80

AVIS **:** *Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code de facturation **09224**.*

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et incluant, le cas échéant, l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par patient	123,70
00024	Visite de départ	94,70
15704	si patient de 85 ans et plus, supplément	22,10

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

Externe

09162	Visite principale	71,40
----	Supplément de consultation 56,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	128,20
15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	128,20

AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

09164	Visite de contrôle	43,70
	Évaluation et prise en charge d'un malade dirigé par un médecin spécialiste à une clinique d'insuffisance cardiaque	
16004	visite initiale à l'inscription	138,80

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

16005	visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile)	69,45
15705	si thérapie par administration d'inotrope en perfusion IV, supplément	21,10

Note :

1. Les codes 16004, 16005 et 15705 sont réservés aux installations désignées par les parties négociantes.

AVIS **:** *La liste des cliniques d'insuffisance cardiaque désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Évaluation et prise en charge d'un malade dirigé par un médecin spécialiste à une clinique de suivi des cardiopathies complexes incluant l'insuffisance cardiaque due à une cardiopathie congénitale ou infiltrative ou inflammatoire

16012 visite initiale à l'inscription — 138,80

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

16015 visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile) — 69,45

Les honoraires des codes 16012 et 16015 sont payés au cardiologue dans une installation désignée par les parties négociantes

AVIS **:** *La liste des cliniques de suivi des cardiopathies complexes désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Évaluation et prise en charge d'un malade dirigé par un médecin spécialiste à une clinique spécialisée en hypertension pulmonaire

16019 visite initiale à l'inscription — 138,80

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

16023 visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile) — 69,45

Les honoraires des codes 16019 et 16023 sont payés au cardiologue dans une installation désignée par les parties négociantes

AVIS **:** *La liste des cliniques spécialisées en hypertension pulmonaire désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

15246 Visite de suivi d'un patient ayant subi une greffe cardiaque — 104,75

Note : Cet honoraire est payé au cardiologue dans une installation désignée par les parties négociantes

AVIS **:** *La liste des installations désignées pour le suivi de greffe cardiaque est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Salle d'urgence

09108 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 203,15

15270 Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport — 203,15

AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

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

09147 Visite principale — 29,10

09296 Visite principale subséquente, par trimestre — 29,10

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 104,90

09148 Visite de contrôle — 15,20

Domicile :

09171	Visite principale	50,90
09172	Visite de contrôle	18,80

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	347,20
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour le traitement d'une arythmie nécessitant une expertise en électrophysiologie	155,50

Note : Le code 09208 est réservé en intrahospitalier aux installations où se pratique l'électrophysiologie et désignées par les parties négociantes.

AVIS **:** *La liste des installations désignées où se pratique l'électrophysiologie est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09207** et **09208**, inscrire:*

- le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession;

- l'heure de début du service

15706	Évaluation initiale d'un malade dirigé par un cardiologue en vue d'une intervention structurale percutanée. Lorsque réalisé en ambulatoire, l'évaluation doit avoir lieu à l'intérieur d'une clinique dédiée	155,50

Note : Le code 15706 ne peut s'appliquer à l'angioplastie coronarienne ou extrathoracique et ne peut être facturé le même jour que l'intervention.

Note : Le code 15706 est réservé aux installations désignées par les parties négociantes :

AVIS **:** *La liste des cliniques dédiées désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

15130	Évaluation initiale d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale. Lorsque réalisé en ambulatoire, l'évaluation doit avoir lieu à l'intérieur d'une clinique dédiée	191,70

AVIS **:** *Pour les codes **15706** et **15130**, inscrire:*
- le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession;
- l'heure de début du service.

Note : Cet honoraire est payé au cardiologue dans une installation désignée par les parties négociantes.

AVIS **:** *La liste des cliniques dédiées désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

15664 Rapport de consultation à distance nécessitant une révision d'imagerie (coronarographie, ultrasonographie, IRM) à la demande d'un médecin référant d'un autre établissement, pour évaluer la nécessité d'un transfert ou l'éligibilité à une thérapie correctrice chirurgicale ou par intervention percutanée, avec rapport écrit au dossier 69,45

Notes :

1) Le code 15664 ne peut être facturé avec les codes 98101 et 98105.

2) Le code 15664 ne peut être facturé avec une visite ni avec les codes 00294, 00632, 00662, 08303, 08309 et 08580, le même jour, par le même médecin.

3) Le code 15664 ne peut être majoré selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

15707 Évaluation génétique cardiovasculaire d'un malade dirigé par un médecin spécialiste 166,65

AVIS **:** *Inscrire:*

- le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession;

- l'heure de début du service.

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation Local sous gestion du gouvernement.

09201 *Visite principale* *71,40*

---- *Supplément de consultation 56,80*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *128,20*

15271 *Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport* *128,20*

AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

09202 *Visite de contrôle* *43,70*

Chirurgie cardiovasculaire et thoracique

AVIS : *Pour les codes de facturation* ***09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283*** *et* ***09285*** *, voir la* Règle d'application nº 21.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,30
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	57,80
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
15382	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 7.	
09292	Supplément de durée Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	26,30
	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	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
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)	37,90
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	48,40
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
15383	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 7.	
09152	Visite de contrôle	28,30
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	132,60
09096	chaque jour subséquent	74,30

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

Avec prise en charge de l'unité :

- par jour, par patient

09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

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

Soins intensifs

15746	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	150,00

Note : Le code 15746 n'est payable qu'à un chirurgien cardiovasculaire et thoracique intensiviste désigné par les parties négociantes.

Externe

09162	Visite principale	72,00
----	Supplément de consultation 5,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation intradisciplinaire 20,80	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	92,80

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

15384	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

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

15747	Visite de suivi pour patient en circulation assistée, support total ou partiel par cœur mécanique	72,00
09164	Visite de contrôle	28,30

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)	37,90

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	48,40
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
15385	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 7.	
09148	Visite de contrôle	11,00
Domicile :		
09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00
	AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT* *Voir la règle 17 du préambule général.* *Pour les visites, utiliser :* *- l'un des codes de facturation suivants;* *- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.* *Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :* *- le code de facturation approprié de l'onglet C;* *- la précision du lieu de dispensation* **Local sous gestion du gouvernement**.	
09201	*Visite principale*	*72,00*
----	*Supplément de consultation 5,00*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*77,00*
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	*Supplément de consultation intradisciplinaire 20,80*	
09285	*Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)*	*92,80*
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09202	*Visite de contrôle*	*28,30*

Chirurgie générale

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

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	72,20
----	Supplément de consultation 73,65	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	145,85
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation anténatale 53,30	
15708	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 (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	125,50
	Note : Le code 15708 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport	
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	20,45
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
AVIS **:**	*Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	67,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	67,05
----	Supplément de consultation 49,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	116,10
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation anténatale 58,45	
15386	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du foetus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	125,50
	Note : Le code 15386 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
15387	Visite de suivi oncologique	41,80
	AVIS **:** *Voir la règle 2.10 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	19,10
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	25,60
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	113,00
09096	chaque jour subséquent	77,00

Avec prise en charge de l'unité :
par jour, par patient

09097 premier jour — Voir le tarif à l'Annexe 29

09098 chaque jour subséquent — Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

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

Soins complets pour polytraumatisme, dans un centre hospitalier de courte durée

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 ou 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 général, dans la même installation.

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 — 149,10

00099 avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales — 447,65

Soins intensifs

15388 Visite principale — 80,85

---- Supplément de consultation 75,20

15389 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 156,05

AVIS **:** *Pour les codes **15388** et **15389**, inscrire l'heure de début du service.*
*Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

15390 Visite de contrôle — 27,70

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début du service.*

*Voir la règle 2.3 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

Externe

09162 Visite principale — 55,40

---- Supplément de consultation 60,70

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 116,10

AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation anténatale 70,10

15709 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 (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale) — 125,50

Note : Le code 15709 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.

AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

15391 Visite de suivi oncologique 41,80

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

15327 Visite à la demande d'une infirmière dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal, incluant la rédaction d'un rapport 116,10

AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, indiquer :*
- le type de référence du professionnel en référence **Professionnel référent***;*
- le numéro du professionnel référent.
Pour les infirmières dont le numéro est inconnu, inscrire son prénom, son nom ainsi que la profession **Autres**.

15410 Visite lors d'une coloscopie de surveillance ou de dépistage pour un patient sur la liste d'attente du programme de dépistage du cancer colorectal et selon les lignes directrices de ce programme. 116,10
Note : Cette visite d'évaluation ne peut être facturée qu'en association avec une coloscopie (code 00697, 20277, 20278, 20279, 20280, 20281, 20042, 00700, 00703, 00863)

09164 Visite de contrôle 16,55
Forfait pour Clinique de chimiothérapie

15272 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 703,60
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 médecin, par période de quatorze jours.
Note : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15272 pendant la demi-journée, par le même médecin, pour tous les patients.
Note : Une demi-journée s'entend des deux périodes suivantes : 7 h à 12 h et 12 h à 17 h.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début du service.*

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque patient.*

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour chaque visite, chirurgie ou procédé diagnostique et thérapeutique effectué la même journée que le service* **15272**.

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

09147 Visite principale 24,40

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 24,40

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 48,15

AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

09148 Visite de contrôle 12,70

Domicile :

09171 Visite principale 48,10

09172 Visite de contrôle 17,80

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 41,80

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.
Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *55,40*

---- *Supplément de consultation 60,70*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *116,10*

AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09202 *Visite de contrôle* *16,55*

Chirurgie orthopédique

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

AVIS **:** *Pour la facturation des visites, voir la* Règle d'application n° 28.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	73,90
----	Supplément de consultation 31,65	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,55
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09292	Supplément de durée Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	44,35
	AVIS **:** *Voir la règle 2.8 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	19,00
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	58,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	58,05
----	Supplément de consultation 25,95	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,00
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	17,20
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	110,85
	Externe	
09162	Visite principale	58,05
----	Supplément de consultation 25,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,95
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	15,30
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	110,85
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	33,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	33,80
----	Supplément de consultation 29,55	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	63,35
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09148	Visite de contrôle	12,15
	Domicile :	

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

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 42,20

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *58,05*

---- *Supplément de consultation 25,90*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *83,95*

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09202 *Visite de contrôle* *15,30*

Chirurgie plastique

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

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	55,40
----	Supplément de consultation 6,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	62,00
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09292	Supplément de durée Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	110,55
	AVIS **:** *Voir la règle 2.8 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	28,50
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
AVIS **:**	*Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	58,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	58,70
----	Supplément de consultation 4,35	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	63,05
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	35,90
	Externe	
09162	Visite principale	53,15
----	Supplément de consultation 4,65	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	57,80
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	28,50
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	22,25
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,25
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	29,55
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09148	Visite de contrôle	11,10
	Domicile :	
09171	Visite principale	51,20
09172	Visite de contrôle	17.95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*
Voir la règle 17 du préambule général.
Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.
Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	*Visite principale*	*53,15*
----	*Supplément de consultation 4,65*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*57,80*
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09202	*Visite de contrôle*	*28,50*

Chirurgie vasculaire

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

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	52,65
----	Supplément de consultation 44,05	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	96,70
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	16,40
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	

AVIS **:** Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	49,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,40
----	Supplément de consultation 35,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,70

AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	14,75
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	19,95
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	82,00
09096	chaque jour subséquent	56,00
	Avec prise en charge de l'unité : par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	*chaque jour subséquent*	*Voir le tarif à l'Annexe 29*

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

Soins complets pour polytraumatisme, dans un centre hospitalier de courte durée

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 ou 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 vasculaire, dans la même installation.

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	109,00

00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales	327,00
	Externe	
09162	Visite principale	39,95
----	Supplément de consultation 42,75	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,70
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	13,10
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	21,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	42,75
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09148	Visite de contrôle	11,40
	Domicile :	
09171	Visite principale	47,75
09172	Visite de contrôle	17,65

Dermatologie

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

		R = 1
15488	Un supplément est payable si patient de 85 ans ou plus Note : Le code 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.*	13,70
	Cabinet privé :	
15489	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - Cancers cutanés métastatiques; - Malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - Génodermatoses graves sous traitement actif; - Maladies bulleuses auto-immunes; - Lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - Éruptions médicamenteuses sévères (exemples : TEN, SSJ, AGEP, DRESS); - Syndrome génital douloureux; - Dermatose inflammatoire sévère nécessitant l'utilisation d'un traitement systémique immunosuppresseur ou immunomodulateur*.	69,15
	Note : Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation 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. Note : Le code 15489 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	
09180	Visite principale	55,95

16008	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
----	Supplément de consultation 27,10	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,05
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 du médecin de l'urgence, supplément	11,40
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
16010	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
09220	Supplément de durée	57,20
	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.	
15149	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	58,60
09182	Visite de contrôle	36,00
	Centre hospitalier de soins de courte durée : Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
15490	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - Cancers cutanés métastatiques; - Malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - Génodermatoses graves sous traitement actif; - Maladies bulleuses auto-immunes; - Lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - Éruptions médicamenteuses sévères (exemples: TEN, SSJ, AGEP, DRESS); - Syndrome génital douloureux; - Dermatose inflammatoire sévère nécessitant l'utilisation d'un traitement systémique immunosuppresseur ou immunomodulateur*.	57,65
	Note : Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation 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. Note : Le code 15490 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	
09183	Visite principale	66,70
09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	66,70

16013	Si traitement d'ulcère, supplément	28,60
----	Supplément de consultation 36,05	
09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	102,75
16014	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
09081	Supplément de durée	22,90
	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.	
09132	Visite de transfert	43,80
	AVIS **:** *Voir la régle 5.6 du préambule général.*	
15168	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	52,05
09185	Visite de contrôle	28,15
09174	Tournée des malades le week-end	31,25
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	126,25
09096	chaque jour subséquent	73,45
	Avec prise en charge de l'unité :	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	*chaque jour subséquent*	*Voir le tarif à l'Annexe 29*

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

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

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)	126,25
	AVIS **:** *Voir la règle 6.3 du préambule général.*	
15492	Visite subséquente	73,45
	AVIS **:** *Pour les codes **15491** et **15492**, inscrire l'heure de début du service.*	

Externe

15493	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - Cancers cutanés métastatiques; - Malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - Génodermatoses graves sous traitement actif; - Maladies bulleuses auto-immunes; - Lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - Éruptions médicamenteuses sévères (exemples: TEN, SSJ, AGEP, DRESS); - Syndrome génital douloureux; - Dermatose inflammatoire sévère nécessitant l'utilisation d'un traitement systémique immunosuppresseur ou immunomodulateur*.	57,65
	Note : Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation 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. Note : Le code 15493 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	
09186	Visite principale	44,80
16016	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
----	Supplément de consultation 24,50	
09250	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,30
16017	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
09079	Supplément de durée Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	34,30
	AVIS **:** *Voir les articles 1 et 2 de l'*Addendum 1 - Médecine.	
15172	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	50,75
09187	Visite de contrôle	26,65
	Salle d'urgence	
16020	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	109,00
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	

15494	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - Cancers cutanés métastatiques; - Malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans; - Génodermatoses graves sous traitement actif; - Maladies bulleuses auto-immunes; - Lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis; - Éruptions médicamenteuses sévères (exemples : TEN, SSJ, AGEP, DRESS); - Syndrome génital douloureux; - Dermatose inflammatoire sévère nécessitant l'utilisation d'un traitement systémique immunosuppresseur ou immunomodulateur*. Note : Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation 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. Note : Le code 15494 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	57,65
09188	Visite principale	44,80
09297	Visite principale subséquente, par trimestre	44,80
16021	Si traitement d'ulcère, supplément	28,60
09181	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,30
16022	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
15173	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	50,75
09189	Visite de contrôle	26,65
	Domicile :	
09190	Visite principale	48,55
09191	Visite de contrôle	17,95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09205	*Visite principale*	*44,80*
16024	*si traitement d'ulcère,supplément*	*28,60*
----	*Supplément de consultation 24,50*	
09251	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*69,30*
16025	*si traitement d'ulcère, supplément*	*28,60*
09089	*Supplément de durée* NOTE : *Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.*	*34,30*

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

15174	*Visite de suivi pour traitement d'ulcère de 1 cm ou plus*	*50,75*
09206	*Visite de contrôle*	*26,65*

Endocrinologie

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	95,00
15411	pour patient de moins de 18 ans avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. Note : Le code 15411 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. Note : Les codes 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	42,20
15412	pour patient de 18 ans et plus avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. Note : Le code 15412 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. Note : Les codes 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	21,10
16028	pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un diabète gestationnel ou qu'un diabète sur diète seule ou sur metformine seule, supplément Maximum 2 par patient, par médecin, par année civile.	20,45
15413	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément Note : Le code 15413 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	21,10
----	Supplément de consultation 138,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	233,50
15414	pour patient de moins de 18 ans avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. Note : Le code 15414 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. Note : Les codes 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	42,20
15415	pour patient de 18 ans et plus avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. Note : Le code 15415 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. Note : Les codes 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	21,10
16029	pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un LADA, qu'un diabète pancréatoprive ou qu'un diabète gestationnel, supplément.	21,10
15416	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément Note : Le code 15416 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	21,10
09137	Supplément de durée	32,40

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.

09129	Visite de contrôle	36,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :
Hospitalisation

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

09150	Visite principale	80,95
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	80,95
15417	Si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément Note : Le code 15417 est facturable deux fois par patient, par année civile.	79,15
15418	Si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément Note : Le code 15418 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	21,10
----	Supplément de consultation 96,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,95
15419	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément Note : Le code 15419 est facturable deux fois par patient, par année civile.	79,15
15420	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément Note : Le code 15420 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	21,10
09080	Supplément de durée	12,05

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.

09094	Visite de transfert ***AVIS :*** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	56,40
09152	Visite de contrôle	26,40
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	62,35
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	103,45
09096	chaque jour subséquent	60,15
	Avec prise en charge de l'unité : par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

15421 Visite de suivi pour patient de moins de 18 ans ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs 83,40
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 63,35

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

Externe

09162 Visite principale 69,40

15422 pour patient de moins de 18 ans avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. 42,20
Note : Le code 15422 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.
Note : Les codes 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.

15423 pour patient de 18 ans et plus avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. 21,10
Note : Le code 15423 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.
Note : Les codes 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.

16030 pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un diabète gestationnel ou qu'un diabète sur diète seule ou sur metformine seule, supplément
Maximum 2 par patient, par médecin, par année civile. 20,45

15424 si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément 79,15
Note : Le code 15424 est facturable deux fois par patient, par année civile.

15425 si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément 21,10
Note : Le code 15425 est facturable quatre fois par patient, par année civile.

---- Supplément de consultation 82,80

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	152,20
15426	pour patient de moins de 18 ans avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. Note : Le code 15426 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. Note : Les codes 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	42,20
15427	pour patient de 18 ans et plus avec un diabète de type 1, un LADA ou un diabète pancréatoprive, supplément. Note : Le code 15427 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile. Note : Les codes 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	21,10
16031	pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un LADA, qu'un diabète pancréatoprive ou qu'un diabète gestationnel, supplément.	21,10
15428	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément Note : Le code 15428 est facturable deux fois par patient, par année civile.	79,15
15429	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément Note : Le code 15429 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	21,10
	Suivi clinique, au vu du dossier, comprenant l'analyse des tests paracliniques, la prescription de l'investigation ou la révision du traitement si nécessaire	
15710	patient de moins de 18 ans	7,90
15711	patient de 18 ans et plus Note : Maximum 1 par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi Maximum 15 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi	5,30
09078	Supplément de durée Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	19,40
	AVIS **:** *Voir les articles 1 et 2 de l'*Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	26,40
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	21,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,00
09148	Visite de contrôle	11,10
	Domicile :	
09171	Visite principale	48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

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 et ne peut s'appliquer à plus de cinq médecins spécialistes en endocrinologie par jour, par patient. L'endocrinologue doit avoir préalablement été identifié par le responsable de la clinique de tumeurs et figurer au procès-verbal en tant que médecin autorisé à facturer sa participation. 58,15

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *69,40*

16033 *pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un diabète gestionnel ou qu'un diabète sur diète seule ou sur metformine seule diabétique, supplément*
Maximum 2 par patient, par médecin, par année civile. *20,45*

---- *Supplément de consultation 82,80*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *152,20*

16034 *pour patient avec un diabète autre qu'un type 1, qu'un LADA, qu'un diabète pancréatoprive ou qu'un diabète gestationnel, supplément.* *21,10*

09088 *Supplément de durée* *19,40*
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* *26,40*

Gastro-entérologie

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	85,35
----	Supplément de consultation 45,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	130,95
09137	Supplément de durée	31,65
	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.	
09129	Visite de contrôle	25,25
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
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	75,00
	Note : Le code 15351 s'applique avec les codes 09060, 09150, 09152, 09161 et 16035 et est payable une fois par patient, par hospitalisation.	
09150	Visite principale	102,45
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	102,45
---	Supplément de consultation 68,25	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,70
---	Supplément de consultation demandée à un médecin hépatologue 83,55	
16132	Consultation demandée à un médecin hépatologue désigné en vertu de la règle 6.3 du PG (incluant la visite principale et le supplément de consultation demandée à un hépatologue)	186,00
---	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 98,20	
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)	200,65
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
	Voir la règle 6.3 du préambule général.	

16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément	72,15
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 87,55	
15352	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	190,00
09080	Supplément de durée	12,60
	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.	
16133	Forfait quotidien, du lundi au vendredi, pour le suivi d'un patient hospitalisé si admis par un médecin hépatologue, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h), excluant les jours fériés	70,00
	Note : Le code 16133 ne peut être facturé que par un médecin hépatologue désigné en vertu de la règle 6.3 du PG. Note: Nonobstant toute disposition au contraire, le code 16133 demeure payable à supplément d'honoraires lorsque dispensé entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.	
	AVIS **:** *Pour les visites effectuées le même jour que le forfait* ***16133****, indiquer l'heure de début du service.*	
09094	Visite de transfert	68,30
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	28,45
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	56,90
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	117,40
09096	chaque jour subséquent	68,40
	Avec prise en charge de l'unité : par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29
	AVIS **:** *Pour le code de facturation* ***09095*** *ou* ***09097****, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.* *Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation* ***09095****,* ***09096****,* ***09097*** *ou* ***09098****), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.* *Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.*	

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) 183,20

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début du service.*
Voir la règle 6.3 du préambule général.

Externe

09162 Visite principale 68,30

---- Supplément de consultation 45,60

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 113,90

---- Supplément de consultation demandée à un médecin hépatologue 75,70

16134 Consultation demandée à un médecin hépatologue désigné en vertu de la règle 6.3 du PG (incluant la visite principale et le supplément de consultation demandée à un médecin hépatologue) 144,00

---- Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 105,45

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) 173,75

16038 évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément 72,15

---- Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 121,70

15354 Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 190,00

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.

15362 Visite à la demande d'une infirmière dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal, incluant la rédaction d'un rapport 113,90

AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, indiquer :*
- le type de référence du professionnel en référence **Professionnel référent***;*
- le numéro du professionnel référent.
Pour les infirmières dont le numéro est inconnu, inscrire son prénom, son nom ainsi que la profession **Autres**.

15410 Visite lors d'une coloscopie de surveillance ou de dépistage pour un patient sur la liste d'attente du programme de dépistage du cancer colorectal et selon les lignes directrices de ce programme. 113,90

Note : Cette visite d'évaluation ne peut être facturée qu'en association avec une coloscopie (code 00697, 20277, 20278, 20279, 20280, 20281, 20042, 00700, 00703, 00863)

09164	Visite de contrôle	22,30
	Salle d'urgence	
15355	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	183,20
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	25,45
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	25,45
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,45
09148	Visite de contrôle	13,20
	Domicile :	
09171	Visite principale	50,65
09172	Visite de contrôle	18,75
	Centre hospitalier :	
	Participation aux cliniques des tumeurs :	
09168	Évaluation par un médecin gastro-entérologue 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 cinq médecins spécialistes en gastro-entérologie par jour, par patient. Le médecin gastro-entérologue doit être identifié par le responsable de la clinique de tumeurs et figurer au procès-verbal en tant que médecin autorisé à facturer sa participation. Note : Maximum 5 par médecin, par semaine ***AVIS*** **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	50,00

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale*

68,30

---- *Supplément de consultation 45,60*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*

113,90

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*

22,30

Addendum 9. - Génétique médicale

Règle 1.
Évaluation génétique familiale

1.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique familiale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique chez un patient, un couple ou sa descendance.

Est inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique familiale le supplément de consultation.

1.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, au cours de l'année suivant l'évaluation initiale, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique familiale s'applique.

Règle 2.
Évaluation génétique prénatale

2.1 Le médecin généticien a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique prénatale pour l'évaluation initiale d'un risque de maladie génétique ou de malformation chez le foetus/embryon actuel d'une patiente enceinte.

Est inclus dans l'honoraire d'évaluation génétique prénatale le supplément de consultation.

2.2 Lorsque plus d'une visite reliée à la même grossesse est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique prénatale s'applique.

Règle 3.
Évaluation génétique au vu du dossier

3.1 Le médecin généticien a droit au paiement de cet honoraire pour l'évaluation génétique au vu du dossier d'un patient, d'un couple ou de sa descendance afin de déterminer le risque de maladie génétique.

Cet honoraire ne peut être réclamé par le médecin qui a déjà réclamé, à l'égard d'un même patient, l'honoraire d'évaluation génétique familiale ou prénatale.

Règle 4.
Prescription d'une analyse de biologie médicale non disponible au Québec

4.1 Suite à une visite, le médecin généticien a droit à un supplément d'honoraires lorsqu'il prescrit une analyse de biologie médicale non disponible au Québec.

Le médecin généticien prescripteur réclamant ce supplément doit préciser les tests requis et compléter la première partie du formulaire prévu à cet égard.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **09005, 09010, 09018** et **09025** sous l'onglet B.*

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 lorsqueeffectuée par un médecin différent.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	151,00
----	Supplément de consultation 100,75	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	251,75
09001	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50
09002	Suivi d'évaluation génétique familiale	110,90
09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50
	AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*	
09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale	110,90
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09001**, **09002**, **09003** et **09004**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*	
	*Pour les codes de facturation **09001** et **09003**, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
09129	Visite de contrôle	50,20
09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	10,10
	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	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	350,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	350,60
16039	Si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	54,35
----	Supplément de consultation 277,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	628,15
16040	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	54,35
09008	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	298,20
09009	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	298,20
	AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09008** et **09009**, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
09094	Visite de transfert	203,30

Note : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite de transfert.

AVIS **:** *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	284,20
09152	Visite de contrôle	67,60
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	90,40
09010	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	10,10

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

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

Externe

09162	Visite principale	282,55
----	Supplément de consultation 176,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	458,65
09013	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	298,20
09014	Suivi d'évaluation génétique familiale	149,30
09015	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	298,20

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09013** et **09015**, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

09016	Suivi d'évaluation génétique prénatale	149,30
09017	Évaluation génétique au vu du dossier	149,30
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	284,20
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	292,75
09164	Visite de contrôle	67,60
09018	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	10,10

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

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

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09013**, **09014**, **09015** et **09016**, insrire le numéro d'assurance maladie de chacune des personnes assurées.*

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

09147	Visite principale	209,85
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	209,85
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	251,75
09021	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50

09022	Suivi d'évaluation génétique familiale	110,90
09023	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*

09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale	110,90

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09021**, **09022**, **09023** et **09024**, inscrire le numéro d'assurance d'assurance maladie de chacune des personnes assurées.*

*Pour les codes de facturation **09021** et **09023**, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

09148	Visite de contrôle	50,20
09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	10,10

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

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

Domicile :

09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	*282,55*
----	*Supplément de consultation 176,10*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*458,65*
09202	*Visite de contrôle*	*67,60*

Gériatrie

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

		R = 1
	Cabinet privé	
00030	Visite principale	54,05
----	Supplément de consultation 44,00	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,05
00032	Supplément de durée	31,45
	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.	
00033	Visite de contrôle	31,45
	Centre hospitalier de soins de courte durée : Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
00034	Visite principale	174,15
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	174,15
15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale, par mois	174,15
15495	Patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40
15496	Patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	108,15
	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 une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale.	
	AVIS **:** *Pour le médecin spécialiste autorisé au mode de rémunération mixte, se référer aux instructions de facturation présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre spécialité.*	
----	Supplément de consultation 79,15	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	253,30
15497	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40

15498	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
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	42,20
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	147,75
	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 une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale.	
	AVIS **:** *Pour le médecin spécialiste autorisé au mode de rémunération mixte, se référer aux instructions de facturation présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre spécialité.*	
00037	Supplément de durée	12,55
	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.	
00038	Visite de transfert	88,30
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
00039	Visite de contrôle	11,35
00041	Tournée des malades le week-end	52,80
	AVIS **:** *Voir la règle 15 du préambule général.*	
16135	Forfait quotidien, du lundi au vendredi, pour le suivi d'un patient hospitalisé sous les soins d'une autre spécialité ou en médecine familiale, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h), excluant les jours fériés	32,55
	Note: Maximum de 15 forfaits par médecin, par jour	
	Note: Nonobstant toute disposition au contraire, le code 16135 demeure payable à supplément d'honoraires lorsque dispensé entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.	
	AVIS **:** *Pour les visites effectuées le même jour que le forfait **16135**, indiquer l'heure de début du service.*	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
00053	premier jour	123,20
00054	chaque jour subséquent	71,65
	Avec prise en charge de l'unité : par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **00053** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **00053**, **00054**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

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

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 Note : Le code 15501 ne peut être facturé le week-end ou un jour férié.	34,85
00024	Visite de départ	158,35
	AVIS **:** *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*	
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	42,20
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	142,50
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	142,50
15505	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	105,55
	Externe	
00042	Visite principale	174,15
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	42,20
15748	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40
15749	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément 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 une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale.	108,15
	AVIS **:** *Pour le médecin spécialiste autorisé au mode de rémunération mixte, se référer aux instructions de facturation présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre spécialité.*	

----	Supplément de consultation 79,15	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	253,30
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	42,20
15750	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40
15751	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	147,75
	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 une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale.	
	AVIS **:** *Pour le médecin spécialiste autorisé au mode de rémunération mixte, se référer aux instructions de facturation présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre spécialité.*	
00044	Supplément de durée	18,85
	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.	
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	142,50
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	142,50
00045	Visite de contrôle	11,35
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
00046	Visite principale	174,15
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	174,15
15073	Visite principale subséquente dans une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale, par mois	174,15
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	42,20

15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	108,15
	Note : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale	
	AVIS **:** *Pour le médecin spécialiste autorisé au mode de rémunération mixte, se référer aux instructions de facturation présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre spécialité.*	
----	Supplément de consultation 79,15	
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	253,30
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	42,20
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	147,75
	Note : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans une installation différente de celle où le gériatre exerce de façon principale.	
	AVIS **:** *Pour le médecin spécialiste autorisé au mode de rémunération mixte, se référer aux instructions de facturation présentées sous le tableau du supplément d'honoraires de votre spécialité.*	
15512	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	105,55
00049	Visite de contrôle	11,35
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application no 27.	
	Domicile :	
09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

00063	*Visite principale*	***174,15***
----	***Supplément de consultation 79,15***	
00064	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	***253,30***
00065	*Supplément de durée*	***18,85***

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.

00066	*Visite de contrôle*	***11,35***

Addendum 13 - Hématologie - Oncologie médicale

Règle 1
Visite de suivi oncologique
1.1 La visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale est la visite que le médecin spécialiste en hématologie ou en oncologie médicale effectue, en hospitalisation, en externe ou en cabinet privé, auprès d'un patient ayant un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée. Elle remplace la visite de contrôle.
AVIS **:** *Voir les codes de facturation 09012,15615 et 16053 sous le présent onglet B.*

1.2 Le cas échéant, elle inclut la surveillance et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ. Elle inclut également la thérapie de communication, sauf lorsque effectuée auprès d'un patient de 14 ans et moins et pour une durée de 60 minutes ou plus.
AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* ***Durée de la visite de 60 minutes et plus****.*

Règle 2
Mise en oeuvre
2.1 En hématologie-oncologie, la mise en œuvre est la visite qui permet d'établir et de prescrire un nouveau plan de traitement pouvant comprendre plusieurs séquences thérapeutiques. Elle inclut la visite, la prescription et, le cas échéant, le supplément de consultation.
AVIS **:** *Pour les mises en œuvre incluant la visite, voir les codes de facturation* ***15617, 15620, 15623*** *à* ***15626, 15628, 15631, 15634*** *à* ***15637, 15642, 15645*** *et* ***15648*** *à* ***15651*** *sous le présent onglet B. Pour les mises en œuvre incluant la consultation, voir les codes de facturation* ***15618, 15621, 15629, 15632, 15643*** *et* ***15646*** *sous le présent onglet B.*
2.2 L'ajout d'un nouvel agent thérapeutique antinéoplasique, qui n'est pas compris dans le plan de traitement initial, constitue une nouvelle mise en œuvre.
2.3 La prorogation d'un traitement en cours, la modification d'une dose d'agent antinéoplasique, la prorogation ou le renouvellement d'une séquence répétitive d'un agent ou d'un groupe d'agents ne constituent pas une nouvelle mise en œuvre.
2.4 La prescription de la corticothérapie et l'hormonothérapie, tel le tamoxifène, les inhibiteurs de l`aromatase ou de la 5-alpha-réductase, ne constituent pas une mise en œuvre. Cependant, les modulateurs des récepteurs androgéniques (ARAT) ainsi que les inhibiteurs de la 17-alpha-hydroxylase constituent une mise en œuvre.
2.5 La mise en œuvre n'est facturable qu'une seule fois pour la durée du plan de traitement ou de la séquence thérapeutique au moment de la consultation ou de la visite médicale. Aucune autre visite ne peut être facturée le même jour qu'une mise en œuvre, par le même médecin, pour le même patient, à l'exception d'une visite principale auprès d'un patient hospitalisé.

Règle 3
Visite de suivi d'une mise en oeuvre
3.1 En hématologie-oncologie, la visite de suivi d'une mise en œuvre d'un traitement antinéoplasique inclut, le cas échéant, la visite et la prorogation ou l'ajustement de la prescription du plan de traitement ou de la séquence thérapeutique en cours.
AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15619, 15622, 15630, 15633, 15644*** *et* ***15647*** *sous le présent onglet B.*
3.2 La visite de suivi d'une mise en œuvre ne peut être facturée qu'une fois par semaine, du dimanche au samedi, par médecin, par patient.

Règle 4
Visite en salle de traitement

4.1 En hématologie-oncologie, aucun autre type de visite ne peut être facturée par un médecin de la même spécialité en salle de traitement sauf lorsque l'expertise d'un autre hématologue-oncologue médical est requise. De plus, la visite en salle de traitement ne peut être facturée qu'une fois par jour, par médecin, par patient.

AVIS **:** *Si votre expertise est requise à la demande d'un autre hémato-oncologue médical pour un patient qui a été vu pour une visite la même journée en salle de traitement (code de facturation **15932**), utilisez l'élément de contexte* **Visite effectuée à la demande d'un autre hémato-oncologue médical** *pour la facturation de votre visite.*

Règle 5

Majorations des visites

5.1 Conformément à la Règle 23.8 du Préambule général, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des visites effectuées chez un patient de moins de 18 ans, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

5.2 Conformément à la Règle 32 du Préambule général, les visites effectuées par le médecin classé en hématologie-oncologie médicale sont majorées de 15 % lorsque effectuées auprès d'un patient de 70 ans et plus, et ce, autant en établissement qu'en cabinet privé.

Règle 6

Règles d'application

6.1 En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (code 09152), des tournées des malades le week-end (code 09161), des visites de suivi codées (15616, 15627, 15641), et des visites de suivi oncologique (codes 09012, 16053, et 15615) ne sont facturables qu'une fois par jour, par patient, par médecin au total pour l'ensemble.

6.2 En hématologie-oncologie médicale, la visite de suivi le jour de l'infusion de cellules souches d'une transplantation hématopoïétique n'est facturable qu'une fois par patient, par épisode de transplantation. De plus, aucune autre visite ne peut être facturée le même jour, par le même médecin, pour ce patient.

6.3 En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par semaine, du dimanche au samedi, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même établissement. Cependant, une deuxième visite principale peut être facturée lorsque l'expertise d'un autre médecin en hémato-oncologie médicale est requise.

AVIS **:** *Si votre expertise est requise à la demande d'un autre hémato-oncologue pour un patient qui a déjà été vu pour une visite principale en clinique externe la même semaine, utilisez l'élément de contexte* **Visite effectuée à la demande d'un autre hémato-oncologue médical** *pour la facturation de votre visite principale.*

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

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins d'urgence** *ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte* **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE**.

6.4 En hématologie-oncologie médicale, un supplément de consultation n'est exigible en clinique externe qu'une fois par période de trois mois, par patient, pour l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même établissement. Cependant, une deuxième consultation peut être facturée lorsque l'expertise d'un autre médecin en hémato-oncologie médicale est requise.

AVIS **:** *Si votre expertise est requise à la demande d'un autre hémato-oncologue pour un patient qui a déjà été vu durant la même période de 3 mois pour une consultation en clinique externe, utilisez l'élément de contexte* **Visite effectuée à la demande d'un autre hémato-oncologue médical** *pour la facturation de votre consultation.*

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

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Première consultation effectuée en vue d'une évaluation d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques**.

Hématologie - Oncologie médicale

		R = 1
	Cabinet privé	
09127	Visite principale	84,10
----	Supplément de consultation	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,00
15279	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale Note : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	5,00
15615	Visite de suivi oncologique	40,95
09129	Visite de contrôle	27,85
15616	Visite de suivi lors du traitement d'une des conditions suivantes: - Anémie aplasique sévère - Leucémie aiguë en traitement actif - Transfert adoptif de cellules immunes, ou - Transplantation hématopoïétique, y compris par cellules immunes effectrices	150,00
	Traitement antinéoplasique nécessitant un monitoring paraclinique, administré par voie parentérale ou orale	
15617	Mise en oeuvre, incluant la visite	228,00
15618	Mise en oeuvre, incluant la consultation	365,00
15619	Visite de suivi d'une mise en oeuvre	140,00
	Traitement d'une condition non néoplasique, incluant la prescription d'un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur nécessitant un monitoring paraclinique, administré par voie parentérale ou orale	
15620	Mise en oeuvre, incluant la visite	228,00
15621	Mise en oeuvre, incluant la consultation	365,00
15622	Visite de suivi d'une mise en oeuvre	140,00
	Traitement par transfert de cellules hématopoïétiques, incluant la visite et la prescription	
15623	Mise en œuvre d'une transplantation hématopoïétique allogénique	365,00
15624	Mise en œuvre d'un traitement par transfert adoptif de cellules immunes effectrices manipulées dont les CAR-T	365,00
15625	Mise en œuvre d'un traitement par transfert adoptif de cellules immunes effectrices non manipulées	365,00
15626	Mise en œuvre d'une transplantation hématopoïétique autologue	365,00
	Centre hospitalier de soins de courte durée : **Hospitalisation**	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	145,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	145,00
----	Supplément de consultation	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,00
09094	Visite de transfert	145,00

AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

15513	Visite de suivi pour patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure	98,90
09012	Visite de suivi oncologique	98,90

AVIS **:** *Voir la règle 1 de l'Addendum 13 - Hématologie-oncologie médicale.*

09152	Visite de contrôle	65,50
09161	Tournée des malades le week-end	118,00
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	
15627	Visite de suivi lors du traitement d'une des conditions suivantes : - Anémie aplasique sévère - Leucémie aiguë en traitement actif - Transfert adoptif de cellules immunes, ou - Transplantation hématopoïétique, y compris par cellules immunes effectrices	120,00

Traitement antinéoplasique nécessitant un monitoring paraclinique, administré par voie parentérale ou orale

15628	Mise en oeuvre, incluant la visite	190,00
15629	Mise en oeuvre, incluant la consultation	315,00
15630	Visite de suivi d'une mise en oeuvre	117,00

Traitement d'une condition non néoplasique, incluant la prescription d'un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur nécessitant un monitoring para clinique, administré par voie parentérale ou orale

15631	Mise en oeuvre, incluant la visite	190,00
15632	Mise en oeuvre, incluant la consultation	315,00
15633	Visite de suivi d'une mise en oeuvre	117,00

Traitement par transfert de cellules hématopoïétiques incluant la visite et la prescription

15634	Mise en œuvre d'une transplantation hématopoïétique allogénique	315,00
15635	Mise en œuvre d'un traitement par transfert adoptif de cellules immunes effectrices manipulées dont les CAR-T	315,00
15636	Mise en œuvre d'un traitement par transfert adoptif de cellules immunes effectrices non manipulées	315,00
15637	Mise en œuvre d'une transplantation hématopoïétique autologue	315,00
15638	Visite de suivi le jour de l'infusion de cellules souches d'une transplantation hématopoïétique, y compris le transfert de cellules immunes effectrices, pour une greffe allogénique, incluant son administration, le cas échéant	450,00
15639	Visite de suivi le jour de l'infusion de cellules souches d'une transplantation hématopoïétique pour une greffe de cellules non manipulées ou une greffe autologue, incluant son administration, le cas échéant	450,00
15640	Visite de suivi le jour de l'infusion de cellules souches d'une transplantation hématopoïétique aux fins de transfert adoptif de cellules immunes effectrices manipulées dont les CAR- T, incluant son administration, le cas échéant	450,00

Externe

09162	Visite principale	62,75
15514	si patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure, supplément	40,95
----	Supplément de consultation	

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,00
16053	Visite de suivi oncologique	40,95
	AVIS **:** *Voir la règle 1 de l'Addendum 13 - Hématologie-oncologie médicale.*	
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 Note : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	5,00
09164	Visite de contrôle	24,15
15641	Visite de suivi lors du traitement d'une des conditions suivantes : - Anémie aplasique sévère - Leucémie aiguë en traitement actif - Transfert adoptif de cellules immunes, ou - Transplantation hématopoïétique, y compris par cellules immunes effectrices	120,00
	Traitement antinéoplasique nécessitant un monitoring paraclinique, administré par voie parentérale ou orale	
15642	Mise en oeuvre, incluant la visite	190,00
15643	Mise en oeuvre, incluant la consultation	315,00
15644	Visite de suivi d'une mise en oeuvre	117,00
	Traitement d'une condition non néoplasique, incluant la prescription d'un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur nécessitant un monitoring paraclinique, administré par voie parentérale ou orale	
15645	Mise en oeuvre, incluant la visite	190,00
15646	Mise en oeuvre, incluant la consultation	315,00
15647	Visite de suivi d'une mise en oeuvre	117,00
	Traitement par transfert de cellules hématopoïétiques, incluant la visite et la prescription	
15648	Mise en œuvre d'une transplantation hématopoïétique allogénique	315,00
15649	Mise en œuvre d'un traitement par transfert adoptif de cellules immunes effectrices manipulées dont les CAR-T	315,00
15650	Mise en œuvre d'un traitement par transfert adoptif de cellules immunes effectrices non manipulées	315,00
15651	Mise en œuvre d'une transplantation hématopoïétique autologue	315,00
15652	Visite de suivi le jour de l'infusion de cellules souches d'une transplantation hématopoïétique, y compris le transfert de cellules immunes effectrices, pour une greffe allogénique, incluant son administration, le cas échéant	450,00
15653	Visite de suivi le jour de l'infusion de cellules souches d'une transplantation hématopoïétique, pour une greffe de cellules non manipulées ou une greffe autologue, incluant son administration, le cas échéant	450,00
15654	Visite de suivi le jour de l'infusion de cellules souches d'une transplantation hématopoïétique aux fins de transfert adoptif de cellules immunes effectrices manipulées dont les CAR- T, incluant son administration, le cas échéant	450,00
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	32,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	32,70
----	Supplément de consultation	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	163,60

09148 Visite de contrôle 17,15

Domicile :

09171 Visite principale 50,60

09172 Visite de contrôle 18,70

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

19869 Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un ou plusieurs patients dirigé(s) par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes. 280,00

Note : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.
Note : Maximum 3 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi
Note : Maximum d'une évaluation par médecin, par jour, pour une même clinique des tumeurs.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Médecin répondant à la salle de traitement ambulatoire du cancer

Prise en charge des patients recevant un traitement antinéoplasique, des gammaglobulines spécifiques ou polyvalentes par voie parentérale

15927 5 à 10 patients, par demi-journée 200,00

15928 11 à 20 patients, par demi-journée 300,00

15929 21 à 30 patients, par demi-journée 500,00

15930 31 à 40 patients, par demi-journée 700,00

15931 41 patients et plus, par demi-journée 800,00

Note : Maximum 1 forfait de prise en charge par demi- journée par installation. Toutefois, le maximum est de 2 forfaits de prise en charge par demi-journée par installation
dans les installations désignées.
Note : Un patient ne peut être comptabilisé que dans une seule période lorsque son traitement chevauche les 2 demi-journées.
Note : Cet honoraire implique la présence en installation du médecin et la disponibilité immédiate pendant laquelle le médecin peut avoir à interrompre toute activité clinique
pour répondre à une demande d'intervention ou se rendre au chevet du patient à la salle de traitement ambulatoire du cancer. Dans un tel cas, le code 15932 s'applique en sus.
Note : Une demi-journée s'entend des 2 périodes suivantes : du lundi au vendredi de 7h à 12h et de 12h à 17h.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15927**, **15928**, **15929**, **15930** et **15931**, utiliser une ligne de facture par demi-journée et inscrire l'heure de début du service.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

15932 Visite d'un patient en salle de traitement à la suite d'une demande d'intervention 40,95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	*62,75*
----	*Supplément de consultation*	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*245,00*
15283	*Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale* *NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour*	*5,00*
09202	*Visite de contrôle*	*24,15*

Hygiène publique

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	41,70
----	**Supplément de consultation 34,80**	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,50
09137	Supplément de durée	26,40
	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.	
09129	Visite de contrôle	21,65
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	49,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,60
----	Supplément de consultation 26,40	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,00
09080	Supplément de durée	10,55
	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.	
09094	Visite de transfert	35,90
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	17,40
09161	Tournée des malades le week-end	23,20
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	
	Externe	
09162	Visite principale	31,65
----	Supplément de consultation 26,40	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	58,05
09078	Supplément de durée	15,85
	Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09164	Visite de contrôle	15,55
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	21,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,00
09148	Visite de contrôle	11,10
	Domicile :	
09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	13,70

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	***31,65***
----	***Supplément de consultation 26,40***	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	***58,05***
09088	*Supplément de durée*	***15,85***

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*	***15,55***

Addendum 11 - Médecine d'urgence

Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence, les honoraires de visite sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum. Elles s'appliquent en lieu et place de la règle 5 du Préambule général.

Règle 1.
Visite élaborée

1.1 La visite élaborée est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins deux (2) visites subséquentes par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et les visites subséquentes comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début de la période de travail (quart de travail) et s'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Séjour différent à la salle d'urgence**.

Règle 2.
Visite simple

2.1 La visite simple est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient dont la condition ne nécessite aucune ou, le cas échéant, qu'une seule visite subséquente par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et, le cas échéant, la visite subséquente comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

2.2 On ne peut réclamer à la fois le paiement d'une visite élaborée et d'une visite simple pour un même patient lors d'un même séjour à la salle d'urgence.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Séjour différent à la salle d'urgence**.

Règle 3.
Visite de réévaluation ou visite à la demande d'un omnipraticien

3.1 La visite de réévaluation est la visite du médecin spécialiste en médecine d'urgence qui, à la salle d'urgence, prend charge d'un patient à la place d'un autre médecin spécialiste en médecine d'urgence ou d'un médecin omnipraticien qui cesse d'en avoir charge.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

3.2 On distingue la visite de réévaluation simple et la visite de réévaluation élaborée.

La visite de réévaluation simple est la visite de prise en charge d'un patient dont la condition ne nécessite aucune autre visite subséquente par le même médecin.

La visite de réévaluation élaborée est la visite de prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins une visite subséquente par le même médecin.

3.3 Une visite de réévaluation comporte un examen du patient.

Une seule visite de réévaluation est payable par patient, par quart de travail. Un quart de travail s'entend d'une période d'activité continue de huit (8) heures. Toutefois, une visite de réévaluation ne peut être réclamée pour un patient lors d'un quart de travail lorsque, dans ce même quart de travail, une visite élaborée a déjà été réclamée pour ce patient.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début de la période de travail (quart de travail).*

De plus, une seule visite de réévaluation est payable par jour, par patient, par médecin.

3.4 La visite à la demande d'un omnipraticien ou d'une IPS est la visite pour opinion ou traitement effectuée à la salle d'urgence, par un médecin spécialiste en médecine d'urgence. Elle s'applique dans le cas d'une situation complexe et est demandée par un médecin omnipraticien œuvrant à l'urgence du même établissement, lors du même quart de travail.

Cette visite ne peut être réclamée plus de deux fois par jour, par médecin spécialiste en médecine d'urgence.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

Règle 4.
Visite auprès d'un patient admis

4.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient pendant son hospitalisation est rémunéré selon le tarif de la visite auprès d'un patient admis.

Elle comporte un examen du patient.

Pendant les 72 heures suivant l'admission du patient, on ne peut réclamer plus de deux visites par jour, par patient. Par la suite, une seule visite est payable par jour, par patient.

Règle 5.
Autres visites

5.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient en clinique externe, en cabinet privé, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou à domicile est rémunéré selon le tarif de la visite qui y est applicable, tel que prévu à la nomenclature.

Chacune de ces visites comporte un examen du patient.

Règle 6.
Supplément d'honoraires

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation interdisciplinaire en établissement dans les cas prévus à la nomenclature. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe.

Le supplément de consultation interdisciplinaire ne s'applique que lorsque la consultation est demandée par un médecin spécialiste d'une autre discipline, un dentiste ou un médecin omnipraticien, sauf si ce dernier fait un quart de travail à l'urgence du même établissement, le même jour.

6.2 Un supplément d'honoraires est également accordé pour une consultation en médecine sportive en cabinet privé. Ce supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en médecine sportive et qui est désigné par les parties négociantes.

6.3 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en toxicologie effectuée en hospitalisation, en clinique externe, à la salle d'urgence ou en cabinet privé. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la toxicologie clinique.

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en toxicologie et qui est désigné par les parties négociantes.

6.4 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en médecine hyperbare effectuée en hospitalisation, en clinique externe ou à la salle d'urgence. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la médecine hyperbare.

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui rencontre les critères de désignation pour les traitements en médecine hyperbare et qui détient des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

AVIS **:** *Pour connaître les critères de désignation, veuillez vous référer à la note située sous le titre de la section* Médecine hyperbare *de l'onglet* C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques.

6.5 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité.

6.6 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires adresse un rapport au médecin, au dentiste ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) qui lui a dirigé le patient.

Seul le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui adresse le rapport final au médecin, au dentiste ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) qui lui a dirigé le patient, a droit au paiement d'un supplément d'honoraires.

6.7 En établissement, un seul supplément de consultation est payable par patient, par séjour à l'urgence.

En cabinet privé, un seul supplément de consultation est payable par patient, par année.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Séjour différent à la salle d'urgence**.

Règle 7.
Stabilisation

7.1 La stabilisation comprend l'ensemble des manoeuvres et traitements visant à stabiliser l'état d'un patient en détresse respiratoire, hémodynamiquement instable ou présentant un niveau de conscience altéré. Elle comprend également l'ensemble des manoeuvres et traitements initiaux effectués auprès du patient polytraumatisé et auprès du patient qui nécessite une reperfusion myocardique.

Règle 8.
Majoration d'honoraires

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui dispense des services en établissement a droit aux majorations d'honoraires suivantes, selon le lieu et la période où ces services sont dispensés :

i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et de 50 % entre 7 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de 70 % entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

AVIS **:** *Indiquer :*
- l'heure de début du service;
- s'il y a lieu, l'heure de début de la période de travail (quart de travail).

ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est de 50 % entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration ne s'applique toutefois pas au médecin urgentologue qui reçoit le forfait de prise en charge des patients aux soins intensifs.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*

8.2 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a également droit au paiement des honoraires majorés et des honoraires minimums prévus à la règle 14 du Préambule général, lorsqu'il est appelé pour une urgence, ailleurs qu'à la salle d'urgence. Les conditions prévues à la règle 14 s'appliquent, à l'exception de la période de majoration, laquelle est de 19 h à 7 h, tous les jours.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE** *et indiquer l'heure de début du service.*

Pour la facturation des honoraires minimums, voir les conditions prévues à la règle 14 du Préambule général.

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 posés pour chacun des patients, ***mais jamais les deux pour ce même déplacement****.*

Règle 9.
Majoration d'honoraires selon l'âge

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a droit à une majoration d'honoraires de 40 % pour les visites effectuées auprès d'un patient admis ou à la salle d'urgence, lorsque le patient est âgé de 70 ans et plus.

AVIS **:** *Les codes de facturation sont énumérés au* Manuel des médecins spécialistes *dans des avis à la fin des sections* Centre hospitalier de soins de courte durée - Hospitalisation *et* Salle d'urgence.

Médecine d'urgence

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

		R = 1
	Cabinet privé	
15201	Visite	46,55
-----	Supplément de consultation en médecine sportive 113,45	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive)	160,00
-----	Supplément de consultation en toxicologie 113,45	
15712	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	160,00
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
	Centre hospitalier de soins de courte durée : **Hospitalisation**	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
15204	Visite auprès d'un patient admis	66,85
----	**Supplément de consultation interdisciplinaire 58,25**	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire)	125,10
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession..*	
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste 72,70	
15604	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)	139,55
----	**Supplément de consultation en toxicologie 72,70**	
16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie)	139,55
----	**Supplément de consultation en médecine hyperbare 72,70**	
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	139,55
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	169,00
09096	chaque jour subséquent	127,00
	Avec prise en charge de l'unité : par jour, par patient	
09097	*premier jour*	*Voir le tarif à l'Annexe 29*
09098	*chaque jour subséquent*	*Voir le tarif à l'Annexe 29*

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVIS **:** *Voir la Règle 9. Majoration d'honoraires selon l'âge de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence.*

Utiliser les codes de facturation suivants :

15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus	93,60
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 81,45	
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	175,05
	AVIS **:** Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.	
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus101,75	
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	195,35
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 101,75	
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	195,35
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 101,75	
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	195,35
	Externe	
15209	Visite	36,35
----	Supplément de consultation en toxicologie 110,10	
16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	146,45
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 110,10	
16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	146,45

Salle d'urgence

15210	Visite simple	54,45
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 38,85	
15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	93,30
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste 73,30	
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
15606	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)	127,75
----	Supplément de consultation en toxicologie 73,30	
16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie)	127,75
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 73,30	
16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	127,75
----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie 140,55	
15713	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie) Note : Le code 15713 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader)	195,00
15213	Visite élaborée	134,85
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 39,30	
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	174,15
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
15216	Visite de réévaluation élaborée	81,25
---	Supplément de consultation interdisciplinaire 68,20	
15247	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	149,45
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession .*	
15217	Visite de réévaluation simple	36,35
---	**Supplément de consultation interdisciplinaire 58,10**	
15248	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	94,45
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
---	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 62,95	

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)	99,30
15608	Visite à la demande d'un omnipraticien ou d'une IPS 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	65,45
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
15218	Stabilisation	76,15
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	109,10
	AVIS **:** *Voir la* Règle 9. Majoration d'honoraires selon l'âge *de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence. *Utiliser les codes de facturation suivants :*	
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus	76,10
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 57,55	
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	133,65
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus 102,80	
15610	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	178,90
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 102,80	
16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	178,90
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 102,80	
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	178,90
----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie, patient de 70 ans et plus 196,80	
15714	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie), patient de 70 ans et plus	272,90

Note : Le code 15714 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader)

15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus	185,50
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 21,35	
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	206,85
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
15228	Visite de réevaluation élaborée, patient de 70 ans et plus	117,75
---	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 91,45	
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réevaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	209,20
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
15229	Visite de réevaluation simple, patient de 70 ans et plus	50,95
---	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 81,30	
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de *réevaluation simple* et le *supplément de consultation interdisciplinaire*), patient de 70 ans et plus	132,25
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
---	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 88,05	
15611	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient), patient de 70 ans et plus	139,00
15612	Visite à la demande d'un omnipraticien ou d'une IPS 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	91,60
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
15219	Visite	17,25
	Domicile	
15220	Visite	48,55

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

15221 *Visite* ***36,35***

Médecine interne

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

		R = 1
	Cabinet privé	
00030	Visite principale	73,10
15392	si plus de 30 minutes, supplément	70,65
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de visite principale **00030** si la durée est supérieure à 30 minutes.*	
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	20,80
----	Supplément de consultation 92,60	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,70
15394	si plus de 60 minutes, supplément	80,05
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **00031** si la durée est supérieure à 60 minutes.*	
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 Note : Le code 15395 s'applique aux médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	144,45
00033	Visite de contrôle	41,75
15933	Visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin, à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA	165,70
	AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
15080	Visite à la demande d'une sage-femme, incluant la rédaction d'un rapport	165,70
	AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*	

Centre hospitalier de soins de courte durée :
Hospitalisation

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

15396 Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente — 10,55

Note : Le code 15396 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.
Note : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation

AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

00034 Visite principale — 136,35

00035 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre — 87,70

---- Supplément de consultation 79,55

00036 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 215,90

15397 si plus de 60 minutes, supplément — 101,10

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **00036** si la durée est supérieure à 60 minutes.*

15081 Visite à la demande d'une sage-femme, incluant la rédaction d'un rapport — 215,90

AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

15398 Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine — 73,90

15669 Forfait quotidien, du lundi au vendredi, pour le suivi d'un patient hospitalisé si admis par un médecin classé en médecine interne, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h), excluant les jours fériés. — 104,55

Note : Le maximum total pour la combinaison des codes 15398 et 15669 est de 15 forfaits par médecin, par jour.
Note : Nonobstant toute disposition au contraire, les codes 15398 et 15669 demeurent payables à supplément d'honoraires lorsque dispensés entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.

AVIS **:** *Pour les visites effectuées le même jour que les forfaits **15398** et **15669**, indiquer l'heure de début du service.*

00038 Visite de transfert — 136,35

15670 Visite de transfert si admis par un médecin classé en médecine interne — 192,95

Maximum 1 visite par patient, par semaine du lundi au vendredi

AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

00039 Visite de contrôle — 26,25

00041 Tournée des malades le week-end — 87,25

(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)

15671 Tournée des malades le week-end si admis par un médecin classé en médecine interne (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) 123,50

Note : Les codes 00041 et 15671 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par jour.

00028 Unité coronarienne (pour la première visite et incluant, le cas échéant, l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par patient 89,40

15672 Unité coronarienne (pour la première visite et incluant, le cas échéant, l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par patient, si admis par un médecin classé en médecine interne 126,50

AVIS **:** *Le week-end ou un jour férié, utiliser les codes de facturation **00029** ou **15674**, selon la situation applicable.*

00029 Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et incluant, le cas échéant, l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par patient 128,65
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)

15674 Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et incluant, le cas échéant, l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par patient, si admis par un médecin classé en médecine interne (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) 182,05

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

00053 premier jour 214,10

00054 chaque jour subséquent 148,25

Avec prise en charge de l'unité *:*
par patient, par jour

09097 premier jour Voir le tarif à l'Annexe 29

09098 chaque jour subséquent Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **00053** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **00053**, **00054**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

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

00024 Visite de départ 144,45

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

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 Note : Le code 16050 ne peut pas être facturé avec le code 00024, le même jour.	144,45
	Externe	
00042	Visite principale	54,75
15399	si plus de 30 minutes, supplément	52,90
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de visite principale* ***00042*** *si la durée est supérieure à 30 minutes.*	
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	15,85
----	Supplément de consultation 79,30	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,05
15401	si plus de 60 minutes, supplément	64,75
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation* ***00043*** *si la durée est supérieure à 60 minutes.*	
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 Note : Le code 15402 s'applique aux médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	144,45
	Forfait pour Clinique de chimiothérapie	
15403	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 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 médecin, par période de quatorze jours. Note : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15403 pendant la demi-journée, par le même médecin, pour tous les patients. Note : Une demi-journée s'entend des deux périodes suivantes : 7 h à 12 h et 12 h à 17 h. ***AVIS*** **:** *Inscrire l'heure de début du service.*	633,30

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque patient.*

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour chaque visite, chirurgie ou procédé diagnostique et thérapeutique effectué la même journée que le service* **15403**.

00045 Visite de contrôle 30,55

15409 Visite à la demande d'une infirmière dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal, incluant la rédaction d'un rapport 134,05

AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, indiquer :*
- le type de référence du professionnel en référence **Professionnel référent***;*
- le numéro du professionnel référent.
Pour les infirmières dont le numéro est inconnu, inscrire son prénom, son nom ainsi que la profession **Autres**.

15934 Visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin, à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA 134,05

AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

15090 Visite à la demande d'une sage-femme, incluant la rédaction du rapport 134,05

AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

15410 Visite lors d'une coloscopie de surveillance ou de dépistage pour un patient sur la liste d'attente du programme de dépistage du cancer colorectal et selon les lignes directrices de ce programme. 134,05
Note : Cette visite d'évaluation ne peut être facturée qu'en association avec une coloscopie (code 00697, 20277, 20278, 20279, 20280, 20281, 20042, 00700, 00703, 00863)

Salle d'urgence

15665 Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente 10,55
Note : Le code 15665 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.
Note : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation

----

AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

00051 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 215,90

15404 si plus de 60 minutes, supplément 101,10

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation* ***00051*** *si la durée est supérieure à 60 minutes.*

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

00046	Visite principale	41,65
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	41,65
----	**Supplément de consultation 106,35**	
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	148,00
00049	Visite de contrôle	20,90

Domicile :

09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95

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 maximum de deux internistes, par patient, par clinique des tumeurs.	58,15

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

00063	*Visite principale*	***54,75***
----	***Supplément de consultation 79,30***	

00064	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	***134,05***
00066	*Visite de contrôle*	***30,55***

Médecine nucléaire

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	44,65
09129	Visite de contrôle	24,30
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	32,85
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,85
09094	Visite de transfert	32,85
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	24,30
	Externe	
09162	Visite principale	32,85
09164	Visite de contrôle	17,10
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	31,35
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	31,35
09148	Visite de contrôle	16,55
	Domicile :	
09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95
	Centre hospitalier :	
09168	Évaluation par un spécialiste en médecine nucléaire au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins de deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité. Note : Le code 09168 est facturable 2 fois par médecin, par semaine, du dimanche au samedi.	52,80
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	***32,85***
09202	*Visite de contrôle*	***17,10***

Addendum 10. - Microbiologie-infectiologie

Règle 1.
Planification de traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire

1.1 La planification de traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire s'applique lorsqu'un médecin classé en microbiologie-infectiologie effectue les démarches permettant l'adhésion du patient au programme d'antibiothérapie parentérale ambulatoire.

Cette planification inclut toutes les visites effectuées le même jour par tout médecin microbiologiste-infectiologue.

1.2 La planification du traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire ne peut être réclamée par plus d'un médecin microbiologiste-infectiologue, par patient, par hospitalisation ou en externe.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **09029, 9030, 09032** et **09044**.*

Règle 2
Maladies infectieuses en émergence

2.1 La tarification des visites prévues pour les maladies infectieuses en émergence s'applique aux maladies énumérées dans la liste apparaissant en annexe.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09026**, **09027**, **09041**, **09042**, **09043**, **09047**, **09074**, **15104** et **16062**, inscrire l'un des diagnostics de l'annexe I du présent addendum 10.*

Règle 3
Gestion d'éclosion

3.1 La gestion d'éclosion intra-établissement mineure et majeure est la mise en place, sous la supervision d'un médecin microbiologiste-infectiologue suite à une évaluation épidémiologique, d'un ensemble de mesures de prévention des infections considérées nécessaires pour maîtriser la dissémination d'un agent infectieux et d'en permettre le suivi afin de s'assurer que l'éclosion soit contrôlée.

Annexe 1 de l' addendum 10. - Microbiologie-infectiologie

AVIS **:** *Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés ci-dessous, voir le tableau de correspondance à la rubrique* Répertoire des diagnostics.

1. Infections transmissibles par voie sanguine

- Infections virales :
  - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (042.0, 042.1, 042.2, 042.3, 042.9, 043.9, 044.9, 795.8)
  - Hépatite B (070.2 à 070.6, 070.9, 573,3)
  - Hépatite C (070.4, 070.5)
- Infections bactériennes ou à rickettsies post-transfusionnelles (999.3)
  - Syphilis (090.0 à 090.7, 090.9 à 092.0, 092.9 à 093.2, 093.8 à 094.3, 094.8, 094.9, 095.9, 096.9, 097.0, 097.1, 097.9, 647.0)
- Infections par les prions (notamment Creutzfeldt-Jakob) (046.1)

2. Infections exotiques en émergence

- Dengue (061.9)
- Diphtérie (032.0, 032.1, 032.2, 032.3, 032.8, 032.9)
- Fièvres hémorragiques (065.0, 065.1, 065.2, 065.3, 065.4, 065.8, 065.9)
- Paludisme (084.0 à 084.9)

3. Infections émergentes dues à la résistance aux antibiotiques

- Infections à germe multirésistant :
  - Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline ou à la vancomycine (0404)
  - Enterococcus faecalis ou faecium résistant à la vancomycine (0405)
  - Mycobacterium tuberculosis multirésistant (0407)
  - Clostridium difficile (0406)
  - Acinetobacter Baumannii (0409)
  - Bacilles gram négatif multirésistants producteurs de carbapénémases et/ou de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE) (0409)

4. Conditions particulières

- Dialyse rénale chronique (V56.0, V56.8, V56.9, 585.9, 586.9)
- Greffe de moelle osseuse (V 42.8)
- Greffe d'organe solide excluant la cornée, la peau, l'os ou le cartilage (V42.0, V42.1, V42.2, V42.6, V42.7, V42.8)
- Leucémie aiguë (204.0, 205.0, 206.0, 208.0)

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic.*

Voir la règle 2 de l'addendum 10.

Microbiologie infectiologie Règle

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09041**, **09042**, **09044**, **09127**, **09162**, **09165**, **09170**, **09201**, **09212** et **15435**, voir la* Règle d'application nº 23.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	100,75
----	**Supplément de consultation 117,30**	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,05
09137	Supplément de durée	41,00
	AVIS **:** *Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.* *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*	
09129	Visite de contrôle	46,70
	Maladies infectieuses en émergence :	
15104	Visite principale	122,85
	Note : Malgré la Règle d'application nº 23, le code 15104 est facturable 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.	
15933	Visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin, à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA	218,05
	AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
AVIS **:**	*Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	111,45
16111	Visite principale à partir de la 21e journée de la date d'admission	111,45
	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	111,45
----	Supplément de consultation 113,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	225,00
09080	Supplément de durée	21,90

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

*Voir les articles 1 et 2 de l'*Addendum 1 – Médecine.

09094	Visite de transfert	111,45
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	43,30
09161	Tournée des malades le week-end	76,70
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	
	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)	
	Note : Maximum 1 gestion d'éclosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15252	premier jour	290,25
15253	jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	145,15
	Note : Le code 15253 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.	
	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)	
	Note : Maximum 1 gestion d'éclosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15254	premier jour	580,55
15255	jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	290,25
	Note : Le code 15255 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.	
15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport	116,10
15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport	290,25
	Note : Le code 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).	

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation approprié (**15252, 15253, 15254, 15255, 15256** et **15257**). Pour les codes de facturation **15256** et **15257**, inscrire le nombre de rapports. Pour le code de facturation **15257**, conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures. Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation. Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

Soins critiques :

16060	Visite principale	155,85
----	Supplément de consultation 103,20	
09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de la cornée, de la peau, d'os ou de cartilage) ou pour leucémie aiguë ou pour nouveau-né avec poids de naissance de 1 500 grammes ou moins dans les trois premiers mois de vie (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	259,05
16061	Visite de transfert	155,25

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **16060** et **16061**, inscrire l'heure de début du service. Voir la règle 5.6 du Préambule général.*

09019	Visite de contrôle	49,30

Maladies infectieuses en émergence :

09026	Visite principale	155,85
----	**Supplément de consultation 89,40**	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,25
16062	Visite de contrôle	49,30

AVIS **:** *Pour le code de facturation **16062**, inscrire l'heure de début du service. 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)	245,25
09030	Planification du traitement	108,95

Note : Les codes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces codes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

AVIS **:** *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 — 93,50

Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :

09031 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 245,25

09033 Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index — 98,10

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095 premier jour — 151,30

09096 chaque jour subséquent — 88,15

Avec prise en charge de l'unité :
par jour, par patient

09097 premier jour — Voir le tarif à l'Annexe 29

09098 chaque jour subséquent — Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire, s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

Externe

09162 Visite principale — 87,60

---- Supplément de consultation 106,50

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 194,10

09078 Supplément de durée — 32,85

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

*Voir les articles 1 et 2 de l'*Addendum 1 – Médecine.

09164 Visite de contrôle — 37,35

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

Maladies infectieuses en émergence :

09041	Visite principale	105,85
----	Supplément de consultation 100,45	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,30
	AVIS **:** *Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.*	
15934	Visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin, à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA	206,30
	AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
09043	Visite de contrôle	42,80
	AVIS **:** *Voir la règle 2.1 de l'*Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
15435	Visite principale	94,65
	Supplément de consultation 150,60	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	245,25
09032	Planification du traitement	108,95
	Note : Les codes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces codes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
09045	Visite de contrôle	55,30
	Salle d'urgence	
09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	256,55
	Maladies infectieuses en émergence :	
09047	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,25
	AVIS **:** *Voir la règle 2.1 de l'*Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09048	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	245,25
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	98,10
	AVIS **:** *Inscrire 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	31,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	31,65

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	129,70
09148	Visite de contrôle	15,20
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	59,30

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Domicile :

09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	*87,60*

Supplément de consultation 106,50

09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	*194,10*
09088	*Supplément de durée*	***32,85***
09202	*Visite de contrôle*	***37,35***

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.

Maladies infectieuses en émergence :

09074	*Visite principale*	*105,85*

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

Néphrologie

AVIS **:** *Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse. Voir la* Règle d'application n° 31.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	104,35
15436	si patient de moins de 18 ans, supplément	11,20
----	Supplément de consultation 120,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	224,75
15437	si patient de moins de 18 ans, supplément	22,40
----	Supplément de consultation anténatale 120,40	
15715	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	224,75
15716	si patient de moins de 18 ans, supplément	22,40
09137	Supplément de durée	48,20
	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.	
09129	Visite de contrôle	48,20
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
15438	Un supplément est payable si patient greffé rénal	33,60
	Note : Le code 15438 ne peut être facturé avec les codes 09080, 09095 et 09096.	
09150	Visite principale	111,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	111,20
15439	Si patient de moins de 18 ans, supplément	11,20
----	Supplément de consultation 99,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	210,20
15440	si patient de moins de 18 ans, supplément	17,35
----	Supplément de consultation anténatale 98,70	
15717	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	209,90
15718	si patient de moins de 18 ans, supplément	17,35
09080	Supplément de durée	30,90

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.

09094	Visite de transfert	104,95
15441	si patient de moins de 18 ans, supplément	11,20

AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

09152	Visite de contrôle	67,80
15719	si patient de moins de 18 ans, supplément	11,20
09161	Tournée des malades le week-end	80,30
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	
15442	si patient de moins de 18 ans, supplément	11,20
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	156,00
09096	chaque jour subséquent	91,30
	Avec prise en charge de l'unité : **par jour, par patient**	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

00024	Visite de départ	112,05
15443	si patient de moins de 18 ans, supplément	11,20

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

Externe

09162	Visite principale	80,30
15444	si patient de moins de 18 ans, supplément	11,20
----	Supplément de consultation 92,55	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,85

15445	si patient de moins de 18 ans, supplément	16,80
----	Supplément de consultation anténatale 92,55	
15720	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	172,85
15721	si patient de moins de 18 ans, supplément	16,80
09078	Supplément de durée	37,05
	Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	AVIS **:** *Voir les articles 1 et 2 de l'*Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	37,05
	Transplantation	
15446	Visite principale	99,35
15447	si patient de moins de 18 ans, supplément	49,65
15448	Visite pendant la première année post-transplantation	124,20
15449	si patient de moins de 18 ans, supplément	62,15
15450	Visite post-biopsie rénale	124,20
15451	si patient de moins de 18 ans, supplément	62,15
15452	Visite pour bilan annuel incluant la révision complète du dossier	372,60
15453	si patient de moins de 18 ans, supplément	186,35
15454	Visite pour évaluation d'un patient en prégreffe rénale	372,60
15455	si patient de moins de 18 ans, supplément	186,35
15456	Évaluation annuelle, au vu du dossier d'un receveur potentiel	49,65
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	27,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	27,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	104,35
09148	Visite de contrôle	14,55
	Domicile :	
09171	Visite principale	51,55
09172	Visite de contrôle	19,05
	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	73,70
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, du lundi au dimanche, par patient	
15035	patient de 18 ans ou plus	137,00

15036	patient de moins de 18 ans	434,10
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de moins de 18 ans	
15457	dialyse initiale	224,05
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de 18 ans ou plus	
15040	dialyse initiale	221,25
	AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service pour les codes* ***15457*** *et* ***15040****.*	
	Dialyse subséquente	
	AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.* *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Dialyse subséquente additionnelle réalisée dans la même période**.	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
15041	patient de 18 ans ou plus	45,70
15042	patient de moins de 18 ans	147,55
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
15043	patient de 18 ans ou plus	56,60
15044	patient de moins de 18 ans	162,30
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en tout temps	
15045	patient de 18 ans ou plus	58,95
15046	patient de moins de 18 ans	162,30
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, samedi, dimanche ou un jour férié	
15047	patient de 18 ans ou plus	51,70
15048	patient de moins de 18 ans	154,95
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, samedi, dimanche ou un jour férié	
15722	patient de 18 ans ou plus	57,00
15723	patient de moins de 18 ans	163,35
	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, du lundi au dimanche, par patient	137,05
15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, du lundi au dimanche, par patient	137,05

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *80,30*

---- *Supplément de consultation 92,55*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *172,85*

09088 *Supplément de durée* *37,05*

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

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

09202 *Visite de contrôle* *37,05*

Neurochirurgie

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

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	50,65
----	Supplément de consultation 100,65	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	151,30
09292	Supplément de durée	31,60
	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	18,95
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	39,15
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	39,15
----	Supplément de consultation 77,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	116,20
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	18,95
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	114,80
09096	chaque jour subséquent	72,55
	Avec prise en charge de l'unité *:* par jour, par patient	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

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

	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme cranio-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique	
00088	premières 24 heures	290,85
	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM	
15123	premières 24 heures	290,85
	Note : Concernant les codes 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.	
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)	349,15
	Note : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas au code 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	1er jour	232,75
16065	2e au 10e jour (par jour)	58,15
	Externe	
09162	Visite principale	38,00
----	Supplément de consultation 78,15	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	116,15
	AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	17,05
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)	349,15
	Note : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas au code 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	54,20
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	25,35

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 25,35

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 116,35

AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09148 Visite de contrôle 13,25

Domicile :

09171 Visite principale 49,80

09172 Visite de contrôle 18,40

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques surspécialisées :

15724 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. 52,45

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *38,00*

---- *Supplément de consultation 78,15*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *116,15*

AVIS **:** *Voir la règle 2.9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09202 *Visite de contrôle* *17,05*

Neurologie neuropsychiatrie et électroencéphalographie

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***09127, 09162, 09165, 09170, 09201*** *et* ***09212****, voir la Règle d'application no 24.*

Cabinet privé :

15697 Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le Montreal Cognitive Assessment, le Mini-Mental State Examination de Folstein, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément

Maximum 2 par patient, par an, par établissement, pour les codes 15697,15700 et 15793 ou une combinaison des trois — 236,00

Note : Le code 15697 n'est facturable qu'avec les codes 09127, 09129 et 09165.

09127 Visite principale — 104,05

16067 dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient a tenté 2 anticonvulsants et qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, parkinsonisme, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément — 27,00

Note : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic approprié*.

Note: Lorsque le patient est atteint de sclérose en plaques ou de parkinonisme, le supplément est payable seulement lors de la première visite associée à ce diagnostic.

Pour le patient ayant un diagnostic de sclérose en plaques, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux;
- pour le patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement.

Pour le patient ayant un diagnostic de parkinsonisme, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr;
- pour le patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*

- **Patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux***;*
- **Patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement***;*
- **Patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr***;*
- **Patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif**.

----	Supplément de consultation 118,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	222,45
15134	enfant de 14 ans ou moins, supplément	22,70
09137	Supplément de durée	36,70
	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.	
15698	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui un neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	209,75
	Maximum une fois par patient, à vie pour les codes 15698 et 15701	
09129	Visite de contrôle	58,95
	Centre hospitalier de soins de courte durée : **Hospitalisation**	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	114,85
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,85
----	Supplément de consultation 85,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,35
15135	enfant de 14 ans ou moins, supplément	22,70
09080	Supplément de durée	20,95
	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	114,85
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
	Accident vasculaire cérébral aigu	
15798	Évaluation d'un patient présentant des signes ou symptômes suggestifs d'un accident vasculaire cérébral aigu pour considération de thrombolyse ou thrombectomie, incluant la consultation téléphonique qui initie l'évaluation, un déplacement au chevet du patient en moins de 60 minutes, une révision d'un examen d'imagerie neurovasculaire et une prise de décision thérapeutique	347,75
	Note : Le code 15798 ne peut être facturé qu'une fois, par patient, par jour, par installation.	
	Note : Le code 15798 ne peut être facturé avec une visite ni avec les codes 00080 et 20183, par le même médecin.	
	Note : Le code 15798 ne peut être facturé avec le code 15792, le même jour, par installation.	

15699	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique Maximum 2 par mois, par patient	157,35
09152	Visite de contrôle	42,65
09161	Tournée des malades le week-end	56,80
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général).	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	132,90
09096	chaque jour subséquent	77,30
	Avec prise en charge de l'unité : **par jour, par patient**	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

	Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	
16070	premier jour	114,85
16071	chaque jour subséquent	83,75
	Note : Le code 16071 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la Règle 14 du Préambule général.	
	Note : Les codes 16070 et 16071 ne peuvent être facturés avec une autre visite, le même jour par le même médecin ou un médecin de même spécialité dans la même installation.	
00024	Visite de départ	124,95

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

Externe

15700	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le Montreal Cognitive Assessment, le Mini-Mental State Examination de Folstein, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément	
	Maximum 2 par patient, par an par établissement, pour les codes 15697,15700 et 15793 ou une combinaison des trois	236,00

Note : Le code 15700 n'est facturable qu'avec les codes 09162, 09164 et 09170.

09162 Visite principale 80,05

16072 dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient a tenté 2 anticonvulsivants et qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, parkinsonisme, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément 27,00

Note : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

Note : Lorsque le patient est atteint de sclérose en plaques ou de parkinsonisme, le supplément est payable seulement lors de la première visite associée à ce diagnostic.

Pour le patient ayant un diagnostic de sclérose en plaques, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux;
- pour le patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement.

Pour le patient ayant un diagnostic de parkinsonisme, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr;
- pour le patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*

- **Patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux***;*
- **Patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement***;*
- **Patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr***;*
- **Patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif**.

---- Supplément de consultation 91,10

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 171,15

15136 enfant de 14 ans ou moins, supplément 22,70

09078 Supplément de durée 26,25

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.

15701 Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui un neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte
Maximum une fois par patient, à vie pour les codes 15701 et 15698 — 209,75

15702 Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique Maximum 2 par mois, par patient — 157,35

09164 Visite de contrôle — 45,35

15791 Visite de suivi oncologique pour un traitement de radio-oncologie, radiochirurgie, radiofréquence pour un patient souffrant d'un cancer neurologique dont il est le médecin traitant
Maximum 12 fois par année à intervalle de 3 mois entre chaque série — 74,50

Note : Une fois par patient, par semaine, du lundi au dimanche, et jusqu'à 6 semaines consécutives.

Note : N'est payable que pour les médecins classés en neurologie désignés par les parties négociantes.

Salle d'urgence

09108 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 239,75

15137 enfant de 14 ans ou moins, supplément — 22,70

15792 Accident vasculaire cérébral aigu
Évaluation d'un patient présentant des signes ou symptômes suggestifs d'un accident vasculaire cérébral aigu pour considération de thrombolyse ou thrombectomie, incluant la consultation téléphonique qui initie l'évaluation, un déplacement au chevet du patient en moins de 60 minutes, une révision d'un examen d'imagerie neurovasculaire et une prise de décision thérapeutique — 347,75

Note: Le code 15792 ne peut être facturé qu'une fois, par patient, par jour, par installation.

Note : Le code 15792 ne peut être facturé avec une visite ni avec les codes 00080 et 20183, par le même médecin.

Note : Le code 15792 ne peut être facturé avec le code 15798, le même jour, par installation.

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

15793 Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant Montreal Cognitive Assessment, le Mini-Mental State Examination de Folstein, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément
Maximum 2 par patient, par an, par établissement, pour les codes 15697, 15700 et 15793 ou une combinaison des trois — 223,55

Note : Le code 15793 n'est facturable qu'avec les codes 09147 et 09176

09147 Visite principale — 30,20

16073 dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient a tenté 2 anticonvulsivants et qui fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, parkinsonisme, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément 27,00
Note : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic approprié*.

Note: Lorsque le patient est atteint de sclérose en plaques ou de parkinsonisme, le supplément est payable seulement lors de la première visite associée à ce diagnostic.

Pour le patient ayant un diagnostic de sclérose en plaques, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux;
- pour le patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement.

Pour le patient ayant un diagnostic de parkinsonisme, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr;
- pour le patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*
- **Patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux***;*
- **Patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement***;*
- **Patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr***;*
- **Patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif**.

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 30,20

16074 dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient sous 2 anticonvulsivants qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, 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 27,00

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic approprié*.

Note : Lorsque le patient est atteint de sclérose en plaques ou de parkinsonisme, le supplément est payable seulement lors de la première visite associée à ce diagnostic.

Pour le patient ayant un diagnostic de sclérose en plaques, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux;
- pour le patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement.

Pour le patient ayant un diagnostic de parkinsonisme, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr;
- pour le patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

AVIS **:** *S'il y lieu, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*

- **Patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux***;*
- **Patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement***;*
- **Patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr***;*
- **Patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif**.

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 116,20

09148 Visite de contrôle 15,80

Centre hospitalier :

Réunion neuromusculaire multidisciplinaire :

15599 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 — 52,45

Note : Le code 15599 ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité, par cas.

AVIS **:** *Inscrire:*

- le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession;

- l'heure de début du service.

AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références.*

Domicile :

09171 Visite principale — 48,25

09172 Visite de contrôle — 17,85

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* — *80,05*

16075 *dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient a tenté 2 anticonvulsivants et qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, parkinsonisme, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément* — *27,00*

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

NOTE: Lorsque le patient est atteint de sclérose en plaques ou de parkinsonisme, le supplément est payable seulement lors de la première visite associée à ce diagnostic.

Pour le patient ayant un diagnostic de sclérose en plaques, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux;
- pour le patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement.

Pour le patient ayant un diagnostic de parkinsonisme, le supplément demeure payable 2 fois par année civile, par patient, par médecin, dans l'une ou l'autre des situations suivantes :
- pour le patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr;
- pour le patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*
- **Patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux***;*
- **Patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement***;*
- **Patient ayant un score de deux ou plus à l'échelle de Hoenh et Yahr***;*
- **Patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif**.

---- *Supplément de consultation 91,10*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *171,15*

15138 *enfant de 14 ans ou moins, supplément* *22,70*

09088 *Supplément de durée* *26,25*

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* *45,35*

Obstétrique gynécologie

AVIS **:** *Pour la facturation des visites principales, voir la règle 5.4 du Préambule général et la Règle d'application nº 21. Pour les visites à la demande d'une sage-femme, voir la* Règle d'application nº 21.

		R = 1
	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 présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués Note : Le code 15516 est facturable avec les codes 09165, 09281, 09286, 15080 et 16076. ***AVIS*** **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.*	10,00
09149	Visite principale	52,00
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément ***AVIS*** **:** *Voir la règle 9 de l'* Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie. ***AVIS*** **:** *Indiquer la date des dernières menstruations .*	32,70
----	Supplément de consultation 68,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) ***AVIS*** **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	120,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 93,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire) ***AVIS*** **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	145,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 68,00	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation interdisciplinaire) ***AVIS*** **:** *Voir la règle 2.6 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	120,00
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport ***AVIS*** **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme..*	120,00
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	90,00

AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.*

09292	Supplément de durée 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.	26,40
09129	Visite de contrôle	22,15
09138	Visite prénatale	29,45
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément ***AVIS*** **:** *Voir la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie. ***AVIS*** **:** *Indiquer la date des dernières menstruations .*	32,70
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	168,90
16078	visite subséquente Note : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	47,50
15850	Évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine dont l'âge gestationnel est d'un maximum de 63 jours, incluant toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15852 et 15853), la thérapie médicale et la thérapie de communication	168,90
15852	Examen d'ultrasonographie requis pour fin d'évaluation d'une demande d'interruption volontaire de grossesse par médicament Note : le code 15852 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15850 et 15851), la thérapie médicale et la thérapie de communication.	60,95
15854	Visite pour confirmation de l'interruption complète de la grossesse par médicament Maximum d'une visite, par patiente, par interruption volontaire de grossesse par médicament Note : Le code 15854 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15856 et 15857), la thérapie médicale et la thérapie de communication.	47,50
15856	Examen d'ultrasonographie requis pour confirmer l'interruption complète de grossesse par médicament Note : Le code 15856 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15854 et 15855), la thérapie médicale et la thérapie de communication.	39,80
	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal	
15518	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	137,20
15519	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	54,90

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15518** et **15519**, indiquer la date des dernières menstruations.*

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. 184,70

15521 visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile 45,00

15937 Visite de prise en charge initiale d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale 183,90

15938 Visite de suivi d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale 52,00

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu de la visite.*

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu en référence Établissement pour le compte duquel le service a été effectué;
- le numéro du centre secondaire désigné pour lequel le médecin a offert le service.

AVIS **:** *La liste des centres secondaires désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

15939 Intervention clinique auprès d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale,
par période de 15 minutes complétées 108,25

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu de la visite.*

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu en référence Établissement pour le compte duquel le service été effectué*;*
- le numéro du centre de référence désigné pour lequel le médecin a offert le service.

AVIS **:** *Inscrire la durée de l'intervention.*

AVIS **:** *La liste des centres de référence désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

15522 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants : 10,00

- IMC >= 35;
- Patiente âgée <= 13 ans;
- Patiente âgée >= 70 ans;
- Patiente à mobilité réduite;
- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués

Note : Le code 15522 est facturable avec les codes 09160, 09282, 09287, 15081, 15140 et 16083.

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.*

09151	Visite principale	46,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,05
15109	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	28,50

AVIS **:** *Voir la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*

16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18e semaine	95,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18e semaine Note *:* Les actes codés 16079,16080, 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	190,00

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **16079** et **16080**, indiquer la date des dernières menstruations.*

16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	50,65
16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements Note : Le code 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	101,35

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*

Note : Les codes 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.

----	Supplément de consultation	64,00
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

----	Supplément de consultation intradisciplinaire	84,00
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	130,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

----	Supplément de consultation interdisciplinaire	64,00
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation interdisciplinaire)	110,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.6 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	142,30
15140	Consultation pour une patiente suspectée être atteinte d'un cancer gynécologique (incluant la visite principale et le supplément de consultation pour une patiente suspectée être atteinte d'un cancer gynécologique) Note : Le code 15140 ne s'applique qu'aux médecins détenant un certificat de spécialiste en oncologie gynécologique reconnu par le Collège des médecins.	188,30

15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	110,00
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*	
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	75,00
	AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.*	
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	139,35
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15083	première visite	79,15
15084	visite subséquente	36,95
00027	Visite de suivi oncologique	26,40
	AVIS **:** *Voir la règle 7.2 de l'* Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie.	
15085	Supplément de durée	21,10
	Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation	
	AVIS **:** *Voir la règle 2.8 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	19,55
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général	36,25
09156	Visite prénatale, grossesse normale	26,20
	AVIS **:** *Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.*	
15125	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	28,50
	AVIS **:** *Voir la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*	
09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	34,85
15126	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	19,00
	AVIS **:** *Voir la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*	
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	158,35
	AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic médical.*	
15087	visite subséquente	52,80
	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	158,35

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic médical.*

15089	visite subséquente	52,80

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	200,00
15524	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	50,00

Note : Les codes 15523 et 15524 ne peuvent être facturés pour des patientes souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale

15525	Stabilisation et organisation des soins d'une patiente instable hémodynamiquement en vue de subir une embolisation	527,75

Note : Le code 15525 est facturable en sus de l'accouchement, de la césarienne ou des codes sous les onglets « Gynécologie » et « Obstétrique ».

Externe

15526	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :	10,00

- IMC >= 35;
- Patiente âgée <= 13 ans;
- Patiente âgée >= 70 ans;
- Patiente à mobilité réduite;
- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués

Note : Le code 15526 est facturable avec les codes 09170, 09283, 09288, 15090, 15143 et 16088.

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.*

09175	Visite principale	40,00
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	25,05

AVIS **:** *Voir la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*

16084	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18e semaine	95,00
16085	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18e semaine	190,00

Note : Les codes 16079, 16080, 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **16084** et **16085**, indiquer la date des dernières menstruations.*

16086	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	44,35
16087	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements	88,65

Note : Le code 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations*.

Note : Les codes 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent être facturés avec une visite prénatale à la même séance.

----	Supplément de consultation 52,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation intradisciplinaire 70,00	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	110,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation interdisciplinaire 52,00	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation interdisciplinaire)	92,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.6 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 137,30	
15143	Consultation pour une patiente suspectée être atteinte d'un cancer gynécologique (incluant la visite principale et le supplément de consultation pour une patiente suspectée être atteinte d'un cancer gynécologique) Note : Le code 15143 ne s'applique qu'aux médecins détenant un certificat de spécialiste en oncologie gynécologique reconnu par le Collège des médecins.	177,30
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	92,00

AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme*.

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	70,00

AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier*.

15666	Évaluation au vu du dossier d'une patiente dans le cadre du Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec, avec note consignée Note : Le code 15666 est facturable seulement au CHUM.	15,00

AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures*.

15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	157,40
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15092	première visite	79,15
15093	visite subséquente	36,95
15094	Supplément de durée	21,10

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.

09164	Visite de contrôle	16,90

09166	Visite prénatale, grossesse normale	22,90
	AVIS **:** *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	25,05
	AVIS **:** *Voir la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations*.	
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	30,10
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	19,00
	AVIS **:** *Voir la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations*.	
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	158,35
	AVIS **:** *Le code de diagnostic est obligatoire pour le paiement de cet acte*.	
15096	visite subséquente Note : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	52,80
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	158,35
16090	visite subséquente Note : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	40,10
15851	Évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine dont l'âge gestationnel est d'un maximum de 63 jours, incluant toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15852 et 15853), la thérapie médicale et la thérapie de communication	158,35
15853	Examen d'ultrasonographie requis pour fin d'évaluation d'une demande d'interruption volontaire de grossesse par médicament Note : Le code 15853 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15850 et 15851), la thérapie médicale et la thérapie de communication.	27,35
15855	Visite pour confirmation de l'interruption complète de la grossesse par médicament Maximum d'une visite, par patiente, par interruption volontaire de grossesse par médicament Note : Le code 15855 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15856 et 15857), la thérapie médicale et la thérapie de communication.	40,10
15857	Examen d'ultrasonographie requis pour confirmer l'interruption complète de la grossesse par médicament	15,85

Note : Le code 15857 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15854 et 15855), la thérapie médicale et la trhérapie de communication.

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	158,35
	AVIS **:** *Le code de diagnostic est obligatoire pour le paiement de cet acte.*	
15098	visite subséquente	52,80
09192	Clinique des tumeurs	
	pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	31,65
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
09064	visite principale	40,00
09065	visite de suivi	31,65
	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal	
15528	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	105,55
15529	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	42,20
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15528** et **15529**, indiquer la date des dernières menstruations.*	
	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.	141,45
15531	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	40,00
	Note : Les codes 15530 et 15531 ne peuvent être facturés pour des patientes souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale	
15892	Visite de prise en charge initiale d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale	183,90
15893	Visite de suivi d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale.	52,00
	Note : Les codes 15892 et 15893 sont facturables seulement dans les centres secondaires désignés.	
AVIS **:**	*La liste des centres secondaires désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.	
15891	Intervention clinique auprès d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale, par période de 15 minutes complétées	108,25
	AVIS **:** *Inscrire la durée de l'intervention.*	
	Note : Facturable seulement dans les centres de référence désignés.	
AVIS **:**	*La liste des centres de référence désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.	
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	

09147	Visite principale	21,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10
	AVIS **:** *Voir la règle 5.5 du préambule général.*	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	48,25
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	56,15
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation interdisciplinaire)	49,30
	AVIS **:** *Voir la règle 2.6 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
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	42,20
	AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.*	
09148	Visite de contrôle	11,10
	Domicile :	
09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95
	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. Note : Maximum 6 par médecin, par mois.	52,80
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09209 *Visite principale* *40,00*

15111 *Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément* ***25,05***

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*

---- *Supplément de consultation 52,00*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *92,00*

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- *Supplément de consultation intradisciplinaire 70,00*

09285 *Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)* *110,00*

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

---- *Supplément de consultation interdisciplinaire 52,00*

09290 *Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation interdisciplinaire)* *92,00*

AVIS **:** *Voir la règle 2.6 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

15113 *Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport* *92,00*

AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

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* *70,00*

AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.*

15128 *Supplément de durée* ***21,10***

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

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

09202	*Visite de contrôle*	***16,90***
15117	*Visite prénatale, grossesse normale*	***22,90***
15141	*prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément*	***25,05***
	AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations.*	
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*	***158,35***
16094	*visite subséquente*	***40,10***
	NOTE : Maximum de 3 visites subséquentes par médecin.	

Ophtalmologie

AVIS **:** *Pour la facturation des visites principales, des visites à la demande d'un optométriste ou des consultations, voir les règles d'application nº 21 et nº 38.*

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) La consultation en neuro-ophtalmologie d'un patient dirigé par un médecin spécialiste pour une suspicion de pathologie neuro-ophtalmologique est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

3) La consultation intradisciplinaire pour condition oculaire inflammatoire sévère est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie une formation particulière en uvéite.

AVIS **:** *Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes ou sclérales sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires du programme d'assistance emploi.*

Voir l'article 22. u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09252	Visite principale	79,10
----	Supplément de consultation 21,75	
09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,85
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
---	Supplément de consultation intradisciplinaire 29,75	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	108,85
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,85
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	

15146 Visite principale en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne 79,10

---- Supplément de consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne 21,75

15147 Consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne (incluant le code 15146 et le supplément de consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne 100,85

15190 Visite en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne à la demande d'un optométriste, incluant la rédaction d'un rapport 100,85

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

09292 Supplément de durée 50,00

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

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

09123 Consultation en neuro-ophtalmologie (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 133,00

09129 Visite de contrôle 45,10

15004 Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois 84,55

Note : Ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin.

Centre hospitalier de soins de courte durée :
Hospitalisation

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

09150 Visite principale 68,20

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 68,20

---- Supplément de consultation 15,00

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 83,20

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 33,05

09282 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire) 101,25

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère 91,80

15752 Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère) 160,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation pour trauma orbitofacial complexe 91,80

15753	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation pour trauma orbitofacial complexe) Note : Le code 15753 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.	160,00
15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,20
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
16095	Supplément de durée Note *:* Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	50,00
	AVIS **:** *Voir la règle 2.8 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09124	Consultation en neuro-ophtalmologie (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,00
15178	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère Note : Ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin. Note : Le code 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	77,75
09152	Visite de contrôle	38,85
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	66,10
15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois Note : Ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin.	79,55
	Soins intensifs	
15179	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	136,50
15180	Visite de suivi pour patient polytraumatisé ou ayant subi un traumatisme oculaire	68,25
	AVIS **:** *Pour les codes **15179** et **15180**, inscrire l'heure de début du service.* *Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*	
	Externe	
09253	Visite principale	54,55
----	Supplément de consultation 15,00	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,55
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	101,25
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	

15754 Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principale et le supplément de consultation pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère) 160,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation pour trauma orbitofacial complexe 105,45

15755 Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation pour trauma orbitofaciel complexe) 160,00

Note : Le code 15755 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.

15101 Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 69,55

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

15150 Visite principale en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne 54,55

---- Supplément de consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne 15,00

15151 Consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne (incluant le code 15150 et le supplément de consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne) 69,55

15191 Visite en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne à la demande d'un optométriste, incluant la rédaction d'un rapport 69,55

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

16096 Supplément de durée 50,00

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

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

09125 Consultation en neuro-ophtalmologie (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 200,00

15181 Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère 62,20

Note : Ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin.

Note : Le code 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.

09164 Visite de contrôle 31,10

15258 Visite de contrôle le week-end et les jours fériés 52,85

15019 Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois 79,55

Note : Ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin.

Salle d'urgence

15182 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 113,75

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

09147	Visite principale	68,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	68,20
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,20
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	101,25
	AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,20
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
09148	Visite de contrôle	38,85
	Domicile :	
09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00
	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 le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
	Oncologie oculaire	
15532	Visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	90,00
	Note : Le code 15532 n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, par médecin.	
	Note : Le code 15532 ne peut être facturé dans les trois mois suivant une consultation, par médecin.	
----	Supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire 70,00	
15533	Consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire)	160,00
15534	Visite de suivi pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	60,00
	Note : Ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin.	
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 (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation)	120,00

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

15536 évaluation subséquente, par patient 63,35

Note : Les codes 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536 ne s'appliquent qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.

AVIS **:** *Pour les codes **15532, 15533, 15534, 15535** et **15536**, inscrire l'heure de début du service.*

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 : Le code 15537 ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

Note : Le code 15537 n'est exigible qu'une fois par patient, par année civile.

Note : Le code 15537 ne s'applique qu'aux établissements pédiatriques désignés par les parties négociantes.

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09265 *Visite principale* *54,55*

---- *Supplément de consultation 15,00*

09256 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *69,55*

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- *Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70*

09285 *Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)* *101,25*

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

15103 *Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *69,55*

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

15152 *Visite principale en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne* *54,55*

---- *Supplément de consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne* *15,00*

15156 *Consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne (incluant le code 15152 et le supplément de consultation en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne)* *69,55*

15200 *Visite en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne à la demande d'un optométriste, incluant la rédaction d'un rapport* *69,55*

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

16097 *Supplément de durée* *50,00*

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

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

09202 *Visite de contrôle* *31,10*

15023 *Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois* *79,55*

NOTE : Ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

Oto-rhino-laryngologie

AVIS : *Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283, 09285, 15458** et **15460**, voir la* Règle d'application nº 21.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	60,40
----	Supplément de consultation 16,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,60
	AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,40	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	88,80
	AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
15458	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	70,70
	AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste.* *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	
09292	Supplément de durée	40,65
	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	24,15
	Centre hospitalier de soins de courte durée : **Hospitalisation**	
	AVIS : *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	70,90
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	70,90
----	Supplément de consultation 17,75	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	88,65
	AVIS : *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 30,70	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	101,60
	AVIS : *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	

15459 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 81,60

AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.*

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

16098 Visite de suivi aux soins intensifs 40,25

AVIS **:** *Voir la règle 2.3 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

09152 Visite de contrôle 24,70

Externe

09162 Visite principale 46,60

---- Supplément de consultation 13,55

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 60,15

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 24,40

09283 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire) 71,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

15460 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 55,35

AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.*

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09164 Visite de contrôle 19,25

Salle d'urgence

15461 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 74,10

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

09147 Visite principale 31,65

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 31,65

AVIS **:** *Voir la règle 5.5 du préambule général.*

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 60,15

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09284 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire) 73,70

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

15462 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 55,35

AVIS **:** *Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.*
Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09148 Visite de contrôle 14,65

Domicile :

09171 Visite principale 47,70

09172 Visite de contrôle 17,65

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 53,40

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

Présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste à la demande d'un autre médecin , dans l'éventualité d'une intubation ou d'une extubation, sans autre code chirurgical, à l'exception de la trachéotomie (code 03019), incluant la visite et le rapport au dossier

15183 première heure 296,15

15184 par demi-heure additionnelle 148,10

AVIS **:** *Inscrire :*

- la durée additionnelle de l'évaluation;

- le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.
Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *46,60*

---- *Supplément de consultation 13,55*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *60,15*

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

---- *Supplément de consultation intradisciplinaire 24,40*

09285 *Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)* *71,00*

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09202 *Visite de contrôle* *19,25*

Addendum 2. - Pédiatrie

Règle 1.
Examen général **Abrogée en date du 1er décembre 2021 par la Modification 99**

1.1 Le pédiatre a droit au paiement de l'honoraire de l'examen général pour l'évaluation de la croissance et du développement d'un enfant.

Règle 2.
Soins d'un nouveau-né

Abrogé.

Règle 3.
Présence en salle d'accouchement ou en salle d'opération

3.1 Le tarif prévoit le paiement d'un honoraire au pédiatre auquel le médecin accoucheur, le chirurgien, l'anesthésiologiste ou la sage-femme demande d'être présent lors d'un accouchement ou d'un service rendu à la salle d'opération, pour le soin du nouveau-né, d'un enfant ou d'un adolescent.

Cet honoraire s'applique en sus de tout autre honoraire payable au pédiatre pour les soins dispensés dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération.

Règle 4.
Consultation intradisciplinaire

4.1 On accorde le supplément de la consultation au pédiatre auquel un malade hospitalisé est dirigé pour qu'il donne son opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie grave ou complexe.

Ce supplément est payé pour le premier examen.

Toutefois, lorsqu'un patient examiné par un pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence est pris en charge par un autre pédiatre dans une unité de soins du même centre hospitalier, ce dernier n'a pas droit au supplément de consultation.

Règle 5.
Supplément de durée

Le pédiatre a droit au supplément de durée prévu pour la médecine.

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

Le supplément de durée n'est pas payable si trois suppléments de durée ont été payés au médecin pour le même patient dans les douze mois précédents, sauf s'il s'agit d'un malade hospitalisé.

Règle 6.
Supplément pédiatrique aux soins intensifs

Dans une unité de soins intensifs, le pédiatre a droit à un supplément de 79 $ pour la première visite qu'il effectue auprès d'un patient. Ce supplément s'ajoute à l'honoraire du forfait de prise en charge du patient de l'annexe 29, à l'honoraire de la consultation ou à l'honoraire de la visite principale, selon le cas.

Un seul supplément est exigible par patient, par hospitalisation. Toutefois, de façon exceptionnelle, lorsque le patient est admis plus d'une fois aux soins intensifs durant la même hospitalisation, le pédiatre a alors droit au paiement de ce supplément pour chaque première visite du patient suivant l'admission.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Première visite du patient aux soins intensifs en pédiatrie** *pour obtenir le supplément et inscrire la date d'entrée en établissement.*

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Réadmission à l'unité de soins intensifs lors d'une même hospitalisation**.

Voir la règle 14 du préambule général et l'annexe 29 de la Brochure nº 1.

Pédiatrie

		R = 1
15185	Un ou des tests d'allergies alimentaires	30,10
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 130,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	197,65
15538	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	137,20
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **09165** si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.*	
00082	Supplément de durée	116,25
	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.	
15935	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	91,80
15049	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	134,95
	AVIS **:** *Pour le professionel référent, inscrire le prénomet le nom de la sage-femme.*	
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	99,95
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.*	
09129	Visite de contrôle	54,60
15164	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	67,00
	Maximum : 6 quarts d'heure par séance	

AVIS **:** *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;

- la durée de la rencontre;

- le code du diagnostic.

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	949,95
15562	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnosis, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	791,65

Centre hospitalier de soins de courte durée :
Hospitalisation

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

09150	Visite principale	168,45
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par mois	168,45
----	Supplément de consultation 33,70	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	202,15
15539	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	133,55
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **09160** si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.*	
----	Supplément de consultation en sous-spécialité 74,15	
15540	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence, médecine de l'adolescence ou pédiatrie du développement) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	242,60
15756	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	71,40
	Note : Le code 15756 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	
15541	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	133,55
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation en sous-spécialité **15540** si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.*	
15542	Supplément de durée	129,45

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 — 203,95
Maximum : 2 par patient, par centre hospitalier, par année civile
Note : Le code 15543 ne peut être facturé avec aucune autre visite par le même médecin,pour le même patient, le même jour.
Note : Le code 15543 est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- CHUQ - CHUL
- CHUS - Hôpital Fleurimont
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- CHU - Ste-Justine

09094 Visite de transfert — 146,00

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 — 407,90

15112 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport — 130,40

AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

09152 Visite de contrôle — 34,50

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09152**, inscrire l'heure de début du service.*

15165 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par 30 minutes — 56,10
Maximum : 90 minutes par patient, par médecin, par 15 jours d'hospitalisation
Note : Le code 15165 ne peut être majoré selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

AVIS **:** *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;

- la durée de la rencontre;

- le code du diagnostic.

00086	Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération	168,45
	AVIS **:** *Voir la règle 3 de l'*Addendum 2 - Pédiatrie.	
	Examen du nouveau-né normal	
00081	à la naissance	61,20
15545	au départ	61,20
	AVIS **:** *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*	
	Note : Le code 15545 ne peut être facturé avec aucune autre visite par le même médecin durant l'hospitalisation à l'exception du code 00081.	
09161	Tournée des malades le week-end	127,50
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	
	Note : Le code 09161 est facturable une seule fois par patient, par médecin, par jour	
15757	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	71,40
	Note : Le code 15757 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	209,00
09096	chaque jour subséquent	134,00
	Surveillance à l'unité des soins intensifs (réf. : annexe 29, art. 4.8)	
00010	**Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel**	**34,00**
	AVIS **:** *Indiquer la durée additionnelle de surveillance.*	
	Avec prise en charge de l'unité : **par jour, par patient**	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

15114 Visite de suivi pour patient immunosupprimé primaire ou secondaire ou ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs — 129,20

15696 pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément — 71,40

Note : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre

Note : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général.

Note : Le code 15696 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

AVIS **:** *Pour le code de facturation **15696**, préciser le secteur d'activité* **Unité de soins intensifs**.

15546 Visite en fin d'hospitalisation pour coordination d'antibiothérapie ou de soins palliatifs à domicile — 153,00

Maximum : 1 par patient

Note : Le code 15546 ne peut être facturé avec aucun autre acte par le même médecin.

00024 Visite de départ — 112,30

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

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 — 949,95

15569 Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnosis, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur — 791,65

Externe

09162 Visite principale — 67,00

---- Supplément de consultation 79,00

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 146,00

15547 si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément — 133,55

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **09170** si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.*

----	Supplément de consultation en sous-spécialité 108,20	
15548	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence, médecine de l'adolescence ou pédiatrie du développement) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	175,20
15549	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	133,55
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation en sous-spécialité **15548** si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.*	
00083	Supplément de durée	87,75
	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.	
15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour, incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques Note *:* Maximum d'une prise en charge par jour, par patient, par médecin	84,25
15550	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	91,80
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	407,90
15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	91,70
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*	
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	67,35
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.*	
09164	Visite de contrôle	21,00

15166 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure — 56,10
Maximum : 6 quarts d'heure par séance

AVIS **:** *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;

- la durée de la rencontre;

- le code du diagnostic.

15581 Administration et interprétation du protocole ADOS (Autime, 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 — 949,95

15582 Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagosis, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur — 791,65

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

09147 Visite principale — 173,05

09296 Visite principale subséquente, par mois — 173,05

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) — 207,65

09148 Visite de contrôle — 35,80

16102 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des 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 — 57,65

Maximum : 6 quarts d'heure par séance

AVIS **:** *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;

- la durée de la rencontre;

- le code de diagnostic.

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 — 949,95

15593 Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnosis, Interview - Revised) incluant la rédation d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur 791,65

Domicile :

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

15552 Visite pour soins palliatifs incluant toutes les visites à domicile faites le même jour, par patient, par jour 211,10

Divers :

00079 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) 86,15

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé.*

Si la carte d'assurance maladie n'est pas disponible, inscrire tous les éléments de son identité.

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *67,00*

---- *Supplément de consultation 79,00*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *146,00*

00084 *Supplément de durée* *87,75*

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*	*91,70*
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*	
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*	*67,35*
	AVIS **:** *Pour le professionnel référent, inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.*	
09202	*Visite de contrôle*	*21,00*
15167	*Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure* *Maximum : 6 quarts d'heure par séance*	*56,10*
	AVIS **:** *Inscrire :* *- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;* *- la durée de la rencontre;* *- le code de diagnostic.*	
15681	*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*	*949,95*
15682	*Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnosis, Interview - Revised) incluant la rédation d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur*	*791,65*

Physiatrie

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	98,35
----	Supplément de consultation 82,25	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	180,60
09137	Supplément de durée	49,55
	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.	
09129	Visite de contrôle	52,30
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	127,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	127,10
----	Supplément de consultation 73,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,20
15321	si patient de moins de 8 ans, supplément	19,35
15322	si patient de 80 ans ou plus, supplément	19,35
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	43,40
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	138,55
15325	si médecin traitant, supplément	19,35
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	277,45

	Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	
09080	Supplément de durée	19,95
	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.	
09094	Visite de transfert	80,95
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	43,15
09161	Tournée des malades le week-end	57,55
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	
00024	Visite de départ	115,85
	AVIS **:** *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*	
	Externe	
09162	Visite principale	73,55
----	Supplément de consultation 62,55	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	136,10
09078	Supplément de durée	29,70
	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.	
09164	Visite de contrôle	39,05
	Salle d'urgence	
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,30
15328	si patient de moins de 8 ans, supplément	19,35
15329	si patient de 80 ans ou plus, supplément	19,35
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	43,40
	Centre de réadaptation	
	Hospitalisation	
15331	Visite principale	127,10
15332	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	127,10
----	Supplément de consultation 73,20	
15333	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,30
	AVIS **:** *Voir la règle 6.3 du préambule général.*	
15334	si patient de moins de 8 ans, supplément	19,35
15335	si patient de 80 ans ou plus, supplément	19,35
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	43,40

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	138,55
15338	si médecin traitant, supplément	19,35
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	277,45
15340	Visite de transfert ***AVIS*** **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	80,95
15341	Visite de contrôle	43,15
15342	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	57,55
15343	Visite de départ ***AVIS*** **:** *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*	115,85
	Externe	
15344	Visite principale	75,00
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	16,70
----	Supplément de consultation 63,80	
15346	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	138,80
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	30,15
15348	Visite de contrôle	39,05
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 avec échéancier Maximum 1 fois par patient post-hospitalisation Note : Le code 15349 est facturable suite à une hospitalisation dans le même centre de réadaptation.	193,20

15794 Plan d'intervention individualisé (P.I.I.) pour les cas de diagnostic d'amputation. Ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le patient et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe interdisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et de l'handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier.
Maximum 1 fois par patient, par amputation 262,85
Note : Ce code ne peut être facturé si le code 15339 a déjà été facturé chez ce patient dans les 6 mois précédents

AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie des rapports aux fins de références ultérieures.*

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 138,65
Maximum 1 fois par 3 mois, par patient

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

09147 Visite principale 50,85

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 50,85

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 190,25

09148 Visite de contrôle 25,05

Domicile :

09171 Visite principale 51,20

09172 Visite de contrôle 18,90

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *73,55*

---- Supplément de consultation 62,55

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *136,10*

AVIS **:** *À compter du 1er décembre 2021, à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), les consultations en cabinet privé, en clinique externe et en clinique externe d'un centre de réadaptation (codes de facturation **09165**, **09170**, **09212** et **15346**) sont limitées à 1 consultation par patient, par physiatre, par période de 12 mois pour l'ensemble de ces consultations. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.*

09088 *Supplément de durée*

29,70

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.

09202 *Visite de contrôle*

39,05

Pneumologie

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	80,00
----	Supplément de consultation 135,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	215,00
09137	Supplément de durée	30,00
	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.	
09129	Visite de contrôle	55,00
09142	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	18,00
	Note *:* Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	
15933	Visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin, à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA	215,00
	AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
15694	Un supplément est payable si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance.	
	Maximum 1 fois par patient, par jour	30,00
	Note : Le code 15694 n'est facturable qu'avec les codes 09060, 09150, 09152, 09160, 09161, 15235, 15237 et 15238.	
	Note *:* Le code 15694 ne peut être facturé avec les codes 00927 ou 41029, à la même séance.	
09150	Visite principale	80,00
15235	Visite principale si admis par un médecin classé en pneumologie	80,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	80,00
----	Supplément de consultation 115,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	195,00
15187	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	104,00
09080	Supplément de durée	20,00
	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

09094	Visite de transfert	80,00
15236	Visite de transfert si admis par un médecin classé en pneumologie	80,00

AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

09152	Visite de contrôle	36,75
15237	Visite de contrôle si admis par un médecin classé en pneumologie	36,75
09161	Tournée des malades le week-end	80,00
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	
15359	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	104,00
15238	Tournée des malades le week-end si admis par un médecin classé en pneumologie (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	80,00
15239	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	104.00
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	130,00
09096	chaque jour subséquent	75,00
	Avec prise en charge de l'unité : **par jour, par patient**	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

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	190,00

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 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 intensifs.	160,00
00024	Visite de départ ***AVIS*** **:** *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*	80,00
	Externe	
09162	Visite principale	65,00
----	Supplément de consultation 125,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	190,00
09078	Supplément de durée Note : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique. ***AVIS*** **:** *Voir les articles 1 et 2 de l'*Addendum 1 - Médecine.	20,00
09164	Visite de contrôle	50,00
09154	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins) Note : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	104,00
15934	Visite à la demande d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin, à la suite d'un test positif à la tuberculine ou IGRA ***AVIS*** **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	190,00
	Salle d'urgence	
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	195,00
15695	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	104,00
15361	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance, supplément Note : Le code 15361 ne peut être facturé avec les codes 00927 ou 41029, à la même séance.	30,00
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	50,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	50,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00

09148 Visite de contrôle 25,00

Domicile :

09171 Visite principale 50,00

09172 Visite de contrôle 20,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168 Évaluation par un médecin spécialiste en pneumologie 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 55,00

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.
Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *65,00*

---- *Supplément de consultation 125,00*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément deconsultation)* *190,00*

09088 *Supplément de durée* *20,00*

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* *50,00*

09155 *Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)* *104,00*

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

Addendum 3 - Psychiatrie

Règle 1.
Thérapie psychiatrique

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend du type de thérapie qui est réalisée.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

Le médecin psychiatre doit inscrire une note au dossier qui indique le type de thérapie et la durée de celle-ci si elle est de 80 minutes et plus

1.3 Un maximum de 5 thérapies par demi-journée peut être facturé par médecin pour les thérapies individuelles.

Un maximum d'une thérapie individuelle par semaine, du dimanche au samedi, peut être facturé par patient en cabinet et en clinique externe. Pour tous les lieux autres que le cabinet et la clinique externe, ce maximum est d'une thérapie individuelle par jour par patient.

Un maximum de 5 thérapies par demi-journée peut être facturé par médecin pour les thérapies familiales. Un maximum d'une thérapie familiale par jour, par patient peut être facturé pour les thérapies familiales.

Le maximum total pour la combinaison des thérapies individuelles, des thérapies individuelles chez un patient de moins de 18 ans et des thérapies familiales est de 5 par demi-journée par médecin.

1.4 Un maximum de 6 thérapies par demi-journée peut être facturé par médecin pour les thérapies individuelles chez un patient de moins de 18 ans.

1.5 On entend par demi-journées les périodes qui s'étendent de 7h à 12h, de 12h à 17h et de 17h à 22h.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début de chaque thérapie. L'heure de fin est également requise lorsque le libellé fait mention d'une durée en minutes.*

1.6 Un maximum d'une thérapie de groupe par jour, par patient peut être facturé pour les thérapies de groupe.

Règle 2.
Entrevue avec un tiers

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour les échanges qu'ils réalisent avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour les échanges effectués avec le personnel clinique de son équipe qui participe au soin des malades.

2.3 L'entrevue avec un tiers ne peut être facturée plus de 30 fois par semaine par médecin, du dimanche au samedi.

Règle 3.
Intervention de suivi en établissement et en cabinet

3.1 Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour ses échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement ou avec les membres de l'équipe multidisciplinaire d'un cabinet, au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux et psycho-sociaux.

3.2 La courte intervention pour gestion de cas :

Il s'agit de brefs échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique afin de coordonner les soins ou ajuster les prescriptions

La courte intervention pour gestion de cas ne peut être facturée par plus de 3 médecins par patient par jour.

La courte intervention pour gestion de cas ne peut être facturée plus de 50 fois par semaine par médecin, du dimanche au samedi.

3.3 Le suivi indirect :
Il s'agit d'échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique au sujet du patient, afin de les orienter dans la conduite à tenir dans le suivi qu'ils feront de concert avec le médecin.
La note au dossier fait état des recommandations du médecin.
Le suivi indirect ne peut être facturé plus de 30 fois par semaine par médecin, du dimanche au samedi.

3.4 La discussion multidisciplinaire :
Il s'agit d'une discussion d'un cas complexe soit par la nature de la maladie ou par le nombre d'intervenants requis dans les soins afin de déterminer ensemble les meilleurs traitements à offrir.
La note au dossier fait état des personnes présentes et des conclusions de la discussion.
La discussion multidisciplinaire a une durée minimale de 40 minutes.
La discussion multidisciplinaire ne peut être facturée plus de 10 fois par semaine par médecin, du dimanche au samedi.

3.5 Chaque intervention de suivi est limitée à une par patient, par médecin, par jour.

Règle 4.
Visites et thérapies

4.1 Une visite ne peut être facturée le même jour qu'une thérapie, par le même médecin, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

4.2 Un médecin ne peut réclamer le paiement d'une thérapie psychiatrique pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement des codes 08966, 08967, 08968, 08969, 15573, 15574, 15586 ou 15587 le même jour.

Règle 5.
Visite de réévaluation psychiatrique

5.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

De plus, le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement des codes 08967, 08969, 08996, 15574, 15587 et 15687 le même jour.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

Règle 6.
Complexité clinique

6.1 Un supplément est accordé pour prendre en compte la complexité de certaines situations cliniques, soit :

- Patient sous contraintes légales (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement ou Tribunal administratif du Québec ou ordonnance du Tribunal de la jeunesse, Loi de la protection de la jeunesse, Loi du système pénal de justice pour adolescents), à l'exception de la garde en établissement, de la garde préventive et de la garde provisoire;
- Régime de protection (tutelle ou représentation temporaire);
- Patient présentant des difficultés langagières importantes ou une barrière linguistique (ne s'applique pas si absence de bilinguisme du psychiatre);
- Patiente enceinte ou qui allaite en lien avec la médication psychiatrique;
- Patient en situation d'itinérance;
- Patient suivi par une équipe de suivi intensif dans le milieu.

Ce supplément est payable avec la visite principale, la consultation ainsi que la visite de réévaluation psychiatrique, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

Règle 7.
Rapport détaillé de consultation

7.1 Le rapport détaillé de consultation comprend l'anamnèse, les antécédents, l'examen mental, un diagnostic détaillé ainsi qu'un plan de traitement actuel et futur biopsychosocial détaillé, permettant au médecin référant ou traitant ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisée(e) de reprendre le suivi du patient.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15553** sous l'onglet B.*

Règle 8.
Visite de proximité

8.1 La visite de proximité est la visite que le médecin psychiatre effectue, pour le compte d'un établissement, auprès d'un patient en dehors d'un établissement, dans un lieu de résidence ou de fréquentation régulière (refuge, centre de jour ou autre lieu dans la communauté) de ce dernier dans le but d'évaluer sa condition psychiatrique.

8.2 Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement de toute autre visite le même jour. Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite plus d'une fois du lundi au vendredi, pour le même patient, et il ne peut en réclamer plus de 5 par jour.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15481** sous l'onglet B.*

Règle 9.

Pratique en milieu carcéral

9.1 En psychiatrie, les soins donnés dans un local sous gestion du gouvernement ou d'un organisme qu'il subventionne sont majorés de 50 % lorsqu'il s'agit d'un milieu carcéral.

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'établissement (7XXX6) de l'établissement de détention où les services ont été rendus.*

Règle10.

Soins intensifs et unités coronariennes

10.1 En psychiatrie, les soins donnés dans une unité de soins intensifs ou une unité coronarienne sont majorés de 25 %.

Psychiatrie

AVIS **:** *Voir la Règle d'application nº 26.*

		R = 1
15553	Un supplément est payable, si rapport détaillé de consultation Note *:* Le code 15553 est facturable avec les consultations, les consultations pédopsychiatriques ou les consultations gérontopsychiatriques, et ce, dans tous les lieux de dispensation. ***AVIS*** **:** *Voir la règle 7 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie. ***AVIS*** **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	126,65
15554	Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou sous régime de protection, ou présentant des difficultés langagières ou au sujet de la médication d'une patiente enceinte ou qui allaite, ou en situation d'itinérance ou suivi par une équipe de suivi intensif dans le milieu (voir règle 6 de l'Addendum 3 - Psychiatrie) Note *:* Le code 15554 est facturable avec les codes 00024, 08780, 08781, 08782, 08783, 08784, 08785, 08786, 08787, 08788, 08789, 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08799, 08817, 08818, 08832, 08920, 08921, 08932, 08935, 08936, 08937, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980, ou 08981. ***AVIS*** **:** *Le code 15554 est aussi facturable avec les codes 08795, 08796, 08797, 08914, 08989 ou 08991.*	57,00
	Cabinet privé :	
08920	Visite principale	208,05
----	**Supplément de consultation**	
08921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	363,55
08780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	291,05
----	**Supplément de consultation pédopsychiatrique**	
08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédo-psychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	508,95
08781	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	271,30
----	**Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)**	
08782	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 70 ans et plus)	473,35
16104	Visite de réévaluation psychiatrique ***AVIS*** **:** *Voir la règle 5 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.	151,20

15558	Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou sous régime de protection, ou présentant des difficultés langagières, ou au sujet de la médication d'une patiente enceinte ou qui allaite, ou en situation d'itinérance ou suivi par une équipe de suivi intensif dans le milieu (voir règle 6 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	48,00
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 1re ligne	131,95
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	
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	750,00
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	
15562	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	
15563	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	63,35
	Thérapie psychiatrique	
08828	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes	195,00
08829	Thérapie psychiatrique individuelle d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08830	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes, patient de moins de 18 ans	195,00
08831	Thérapie psychiatrique individuelle, patient de moins de 18 ans, d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée minimale de 50 minutes	440,00
08910	Thérapie psychiatrique de groupe, d'une durée de 80 à 139 minutes	660,00
08911	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 140 minutes et plus	880,00
08915	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée minimale de 35 minutes	260,00
08916	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée de 80 minutes et plus	342,00

AVIS **:** *Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

Pour tous les codes de thérapie psychiatrique, inscrire l'heure de début du service.

Pour les codes de facturation ***08828, 08829, 08830, 08831, 08908, 08910, 08911, 08915*** *et* ***08916****, inscrire également l'heure de fin du service.*

Pour les codes de facturation ***08908, 08910*** *et* ***08911****, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*

08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade)	69,00

AVIS **:** *Voir la règle 2 de* l'Addendum 3 – Psychiatrie. *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade

08917	Suivi indirect	69,00
08929	Discussion multidisciplinaire d'une durée minimale de 40 minutes	275,00

AVIS **:** *Voir la règle 3 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

Pour le code de facturation ***08929****, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*

Centre hospitalier de soins de courte durée :
Hospitalisation

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

08970	Visite principale	208,05
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	208,05
----	Supplément de consultation	
08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	329,55
08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	249,95
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	
08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	431,75
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	237,90
08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 70 ans et plus)	237,90
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	

08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation géronto-psychiatrique) (patient de 70 ans et plus)	382,05
16105	Visite de réévaluation psychiatrique	89,90
	AVIS **:** *Voir la règle 5 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie .	
15567	Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou sous régime de protection, ou présentant des difficultés langagières, ou au sujet de la médication d'une patiente enceinte ou qui allaite, ou en situation d'itinérance ou suivi par une équipe de suivi intensif dans le milieu (voir règle 6 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	18,00
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	750,00
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures*.	
15569	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures*.	
15570	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	63,35
	Thérapie psychiatrique	
08934	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes	195,00
08938	Thérapie psychiatrique individuelle d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08939	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes, patient de moins de 18 ans	195,00
08944	Thérapie psychiatrique individuelle, patient de moins de 18 ans, d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée minimale de 50 minutes	440,00
08949	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 80 à 139 minutes	660,00
08950	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 140 minutes et plus	880,00
08975	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée minimale de 35 minutes	260,00
08951	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée de 80 minutes et plus	342,00

AVIS **:** *Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

Pour tous les codes de thérapie psychiatrique, inscrire l'heure de début du service.

Pour les codes de facturation ***08934, 08938, 08939, 08944, 08949, 08950, 08951, 08974*** *et* ***08975****, inscrire également l'heure de fin du service.*

Pour les codes de facturation ***08949, 08950*** *et* ***08974****, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*

08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade)	69,00

AVIS **:** *Voir la règle 2 de* l'Addendum 3 – Psychiatrie. *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade

08822	Courte intervention pour gestion de cas	20,00
	Note : Le code 08822 ne peut être facturé par plus de 3 médecins par patient, par jour	
08952	Suivi indirect	69,00
08965	Discussion multidisciplinaire d'une durée minimale de 40 minutes	275,00

AVIS **:** *Voir la règle 3 de* l'Addendum 3 – Psychiatrie. *Pour le code de facturation* ***08965****, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*

Électroconvulsivothérapie (ECT)

15207	Titration	263.90
15572	premier traitement	263,90
08977	traitement subséquent	142.50

Supervision d'un traitement de kétamine

08966	premier traitement	263,90
08967	traitement subséquent (voir règle 5.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	142,50

Note : maximum une fois par jour, par patient

Stimulation magnétique transcrânienne

15573	première séance	263,90
15574	séance subséquente (voir règle 5.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	80,00

Note : maximum une fois par jour, par patient

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

08918	premier jour	324,70
08919	chaque jour subséquent	118,05

Avec prise en charge de l'unité :
par jour, par patient

09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29

09098	chaque jour subséquent Voir le tarif à l'Annexe 29	

AVIS **:** *Pour le code de facturation **08918** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **08918**, **08919**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

00024	Visite de départ	251,15

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

Externe

08980	Visite principale	208,05
----	Supplément de consultation	
08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	363,55
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	291,05
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	
08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	508,95
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	271,30
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	
08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation géronto-psychiatrique) (patient de 70 ans et plus)	473,35
16106	Visite de réévaluation psychiatrique	151,20

AVIS **:** *Voir la règle 5 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

15481	Visite de proximité (voir règle 8 de l'Addendum 3- Psychiatrie)	322,95

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro de l'établissement pour le compte duquel vous effectuez la visite.*

15578	Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou sous régime de protection, ou présentant des difficultés langagières, ou au sujet de la médication d'une patiente enceinte ou qui allaite, ou en situation d'itinérance ou suivi par une équipe de suivi intensif dans le milieu (voir règle 6 de l'Addendum 3 - Psychiatrie).	48,00
15579	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour ou en hospitalisation à domicile, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1re ligne ***AVIS*** **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures*.	131,95
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 ***AVIS*** **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures*.	750,00
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 ***AVIS*** **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures*.	750,00
15583	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	63,35
	Thérapie psychiatrique	
08854	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes	195,00
08912	Thérapie psychiatrique individuelle d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08973	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes, patient de moins de 18 ans	195,00
08978	Thérapie psychiatrique individuelle, patient de moins de 18 ans, d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée minimale de 50 minutes	440,00
08983	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 80 à 139 minutes	660,00
08988	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 140 minutes et plus	880,00
08985	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée minimale de 35 minutes	260,00
08992	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée de 80 minutes et plus	342,00

AVIS **:** *Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

Pour tous les codes de thérapie psychiatrique, inscrire l'heure de début du service.

Pour les codes de facturation ***08854, 08912, 08973, 08978, 08983, 08984, 08985, 08988*** *et* ***08992****, inscrire également l'heure de fin du service.*

Pour les codes de facturation ***08983, 08984*** *et* ***08988****, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*

08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade)	69,00

AVIS **:** *Voir la règle 2 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade

08824	Courte intervention pour gestion de cas Note : Le code 08824 ne peut être facturé par plus de 3 médecins par patient, par jour	20,00
08993	Suivi indirect	69,00
08994	Discussion multidisciplinaire d'une durée minimale de 40 minutes	275,00

AVIS **:** *Voir la règle 3 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

Pour le code de facturation ***08994****, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*

Électroconvulsivothérapie (ECT)

15208	Titration	263,90
15585	premier traitement	263,90
08987	traitement subséquent	142,50

Supervision d'un traitement de kétamine

08968	premier traitement	263,90
08969	traitement subséquent (voir règle 5.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie) Note : maximum une fois par jour, par patient	142,50

Stimulation magnétique transcrânienne

15586	première séance	263,90
15587	séance subséquente (voir règle 5.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie) Note : maximum une fois par jour, par patient	80,00

Salle d'urgence

08799	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	303,35

08817	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	425,15
08818	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 70 ans et plus)	353,80

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

08940	Visite principale	208,05
08947	Visite principale subséquente, par trimestre	208,05
08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	329,55
08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	249,95
08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédo-psychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	431,75
08792	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	357,35
08793	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 70 ans et plus)	357,35
08794	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 70 ans et plus)	628,25
16107	Visite de réévaluation psychiatrique	134,70

AVIS **:** *Voir la règle 5 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

15590	Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou sous régime de protection, ou présentant des difficultés langagières, ou au sujet de la médication d'une patiente enceinte ou qui allaite, ou en situation d'itinérance ou suivi par une équipe de suivi intensif dans le milieu voir règle 6 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	18,00
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	750,00

AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

15593	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00

AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

15594	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	63,35
	Thérapie psychiatrique	
08860	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes	195,00
08861	Thérapie psychiatrique individuelle d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08862	Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes, patient de moins de 18 ans	195,00
08863	Thérapie psychiatrique individuelle, patient de moins de 18 ans, d'une durée de 80 minutes et plus	259,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée minimale de 50 minutes	440,00
08864	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 80 à 139 minutes	660,00
08865	Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 140 minutes et plus	880,00
08821	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée minimale de 35 minutes	260,00
08866	Thérapie psychiatrique familiale d'une durée de 80 minutes et plus	342,00
	AVIS **:** *Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie. *Pour tous les codes de thérapie psychiatrique, inscrire l'heure de début du service.* *Pour les codes de facturation **08820**, **08821**, **08860**, **08861**, **08862**, **08863**, **08864**, **08865** et **08866**, inscrire également l'heure de fin du service.* *Pour les codes de facturation **08820**, **08864** et **08865**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*	
08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade)	69,00
	AVIS **:** *Voir la règle 2 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie. *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*	
	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
08826	Courte intervention pour gestion de cas Note : Le code 08826 ne peut être facturé par plus de 3 médecins par patient, par jour	20,00
08867	Suivi indirect	69,00
08868	Discussion multidisciplinaire d'une durée minimale de 40 minutes	275,00
	AVIS **:** *Voir la règle 3 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie. *Pour le code de facturation **08868**, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*	

Domicile :

08945	Visite principale	52,25
	AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT* *Voir la règle 17 du préambule général.* *Pour les visites, utiliser :* *- l'un des codes de facturation suivants;* *- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.* *Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :* *- le code de facturation approprié de l'onglet C;* *- la précision du lieu de dispensation* **Local sous gestion du gouvernement**.	
08989	Visite principale	208,05
----	Supplément de consultation	
08991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	363,55
08795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	291,05
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	
08914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	508,95
08796	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	271,30
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 70 ans et plus)	
08797	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 70 ans et plus)	473,35
16108	Visite de réévaluation psychiatrique	151,20
	AVIS **:** *Voir la règle 5 de l'* Addendum 3 – Psychiatrie.	
15678	Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou sous régime de protection, ou présentant des difficultés langagières, ou au sujet de la médication d'une patiente enceinte ou qui allaite, ou en situation d'itinérance ou suivi par une équipe de suivi inensif dans le milieu (voir règle 6 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	48,00

15679	Rédaction d'un rapport de synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour ou en hospitalisation à domicile, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1re ligne.	131,95
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	
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	750,00
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	
15682	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le (s) parent (s) ou le tuteur	750,00
	AVIS **:** *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*	
15683	Administration et interprétation de l'échelle de MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE: Mini-Mental State Examination)	63,35
	Thérapie psychiatrique	
08923	*Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes*	*195,00*
08926	*Thérapie psychiatrique individuelle d'une durée de 80 minutes et plus*	*259,00*
08927	*Thérapie psychiatrique individuelle, d'une durée minimale de 35 minutes, patient de moins de 18 ans*	*195,00*
08928	*Thérapie psychiatrique individuelle, patient de moins de 18 ans, d'une durée de 80 minutes et plus*	*259,00*
08958	*Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée minimale de 50 minutes*	*440,00*
08930	*Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 80 à139 minutes*	*660,00*
08931	*Thérapie psychiatrique de groupe d'une durée de 140 minutes et plus*	*880,00*
08959	*Thérapie psychiatrique familiale d'une durée minimale de 35 minutes*	*260,00*
08933	*Thérapie psychiatrique familiale d'une durée de 80 minutes et plus*	*342,00*
	AVIS **:** *Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.	
	Pour tous les codes de thérapie psychiatrique, inscrire l'heure de début du service.	
	*Pour les codes de facturation **08923**, **08926, 08927**, **08928**, **08930**, **08931**, **08933**, **08958** et **08959**, inscrire également l'heure de fin du service.*	
	*Pour les codes de facturation **08930**, **08931** et **08958**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*	

08962 *Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade)* *69,00*

AVIS **:** *Voir la règle 2 de* l'Addendum 3 – Psychiatrie.

Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade.

08963 *courte intervention pour gestion de cas* *20,00*

NOTE : Le code 08963 ne peut être facturé par plus de 3 médecins par patient, par jour.

08942 *Suivi indirect* *69,00*

08943 Discussion multidisciplinaire d'une durée minimale de 40 minutes 275,00

AVIS **:** *Voir la règle 3 de l'*Addendum 3 – Psychiatrie.

*Pour le code de facturation **08943**, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*

Électroconvulsivothérapie (ECT)

15685 premier traitement 263,90

15688 traitement subséquent 142,50

Supervision d'un traitement de kétamine

08995 *premier traitement* *263,90*

08996 *traitement subséquent (voir règle 5.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)* *142,50*

NOTE : maximum une fois par jour, par patient

Stimulation magnétique transcrânienne

15686 *première séance* *263,90*

15687 *séance subséquente (voir règle 5.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)* *80,00*

NOTE : maximum une fois par jour, par patient

Radio-oncologie

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	45,05
09131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	45,05
----	Supplément de consultation 41,70	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	86,75
09129	Visite de contrôle	26,35
09133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	26,35
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	52,75
09134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	52,75
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	52,75
----	Supplément de consultation 126,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	179,05
09094	Visite de transfert	37,30
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	37,30
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
09152	Visite de contrôle	19,95
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,95
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	26,60
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).	27,15
	Externe	
09162	Visite principale	33,50
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	33,50
----	Supplément de consultation 110,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,50
09164	Visite de contrôle	19,75
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,75

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. 50,70

Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes

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 **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

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 51,70
Note : Le code 15465 n'est facturable que par le radio-oncologue présentateur, et ce, par site anatomique.

Note : Maximum 2 sites anatomiques par patient, par jour, pour l'ensemble des médecins.

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* *33,50*

09214 *Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)* *33,50*

---- *Supplément de consultation 110,00*

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* *143,50*

09202 *Visite de contrôle* *19,75*

09215 *Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)* *19,75*

Rhumatologie

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

		R = 1
	Cabinet privé	
00030	Visite principale	112,50
15285	patient de moins de 18 ans, supplément	44,90
15466	patient de 75 ans et plus, supplément	29,15
----	Supplément de consultation 106,65	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	219,15
15286	patient de moins de 18 ans, supplément	89,10
15467	patient de 75 ans et plus, supplément	29,15
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)	219,15
	Note : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	
15469	patient de moins de 18 ans, supplément	89,10
15470	patient de 75 ans et plus, supplément	29,15
00032	Supplément de durée	101,90
	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.	
00033	Visite de contrôle	65,55
	Centre hospitalier de soins de courte durée : Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
00034	Visite principale	112,30
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	112,30
15287	Patient de moins de 18 ans, supplément	43,25
15471	Patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
----	Supplément de consultation 63,95	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,25
15288	patient de moins de 18 ans, supplément	67,90
15472	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
00037	Supplément de durée	65,00
	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.

00038	Visite de transfert	112,30
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
00039	Visite de contrôle	60,15
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	100,80
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
00053	premier jour	103,45
00054	chaque jour subséquent	60,15
	Avec prise en charge de l'unité : **par jour, par patient**	
09097	premier jour	Voir le tarif à l'Annexe 29
09098	chaque jour subséquent	Voir le tarif à l'Annexe 29

AVIS **:** *Pour le code de facturation **00053** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.*

*Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **00053**, **00054**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.*

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application nº 6 et l'Annexe 29 de la Brochure nº 1.

00024	Visite de départ	148,25
15289	patient de moins de 18 ans, supplément	57,05
	AVIS **:** *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*	
	Externe	
00042	Visite principale	82,95
15290	patient de moins de 18 ans, supplément	32,50
15473	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
----	Supplément de consultation 77,95	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,90
15291	patient de moins de 18 ans, supplément	65,00
15474	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10

15475	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)	160,90
	Note : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	
15476	patient de moins de 18 ans, supplément	65,00
15477	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
00044	Supplément de durée	73,90
	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.	
00045	Visite de contrôle	47,50
	Salle d'urgence	
15478	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,25
15479	patient de moins de 18 ans, supplément	67,90
15480	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
00046	Visite principale	21,10
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,40
00049	Visite de contrôle	11,10
	Domicile :	
09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95
	AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*	
	Voir la règle 17 du préambule général.	
	Pour les visites, utiliser :	
	- l'un des codes de facturation suivants;	
	- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.	
	Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :	
	- le code de facturation approprié de l'onglet C;	
	- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.	
00063	*Visite principale*	*82,95*

15292 *patient de moins de 18 ans, supplément* *32,50*

---- *Supplément de consultation 77,95*

00064 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation* *160,90*

15293 *patient de moins de 18 ans, supplément* *65,00*

00065 *Supplément de durée* *73,90*

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.*

00066 *Visite de contrôle* *47,50*

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 ou en externe 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.

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 de 15 minutes complétée.

Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	168,50
----	**Supplément de consultation 84,30**	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	252,80
09137	Supplément de durée	91,30
	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.	
09129	Visite de contrôle	84,30
15613	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	59,90
	AVIS **:** *Inscrire :* - le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers; - la durée de l'entrevue. *Voir les règles 1 et 4 de l'*Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
	Centre hospitalier de soins de courte durée : **Hospitalisation**	
AVIS **:**	*Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09150	Visite principale	189,05
----	Supplément de consultation 108,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	297,05
09080	Supplément de durée	70,25
	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.	
09094	Visite de transfert	140,45
	AVIS **:** *Voir la règle 5.6 du préambule général.*	
16114	Visite de suivi oncologique	86,45
	AVIS **:** *Voir la règle 3 de l'*Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
09152	Visite de contrôle	64,80
16115	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	47,15

AVIS **:** *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

*Voir les règles 1 et 4 de l'*Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

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)	47,15
	AVIS **:** *Inscrire la durée de l'intervention.*	
	*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	86,45
	(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	108,05
00024	Visite de départ	151,25
	AVIS **:** *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.*	
	Externe	
09162	Visite principale	129,60
16118	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	86,45
----	Supplément de consultation 64,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	194,50
16120	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	86,45
09078	Supplément de durée	70,25
	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	75,65
	AVIS **:** *Voir la règle 3 de l'*Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
09164	Visite de contrôle	64,80
16123	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	47,15
	AVIS **:** *Inscrire :*	
	- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;	
	- la durée de l'entrevue.	
	*Voir les règles 1 et 4 de l'*Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	

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) ***AVIS*** **:** *Inscrire la durée de l'intervention.* *Voir les règles 2 et 4 de l'*Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	47,15
16125	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	86,45
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	108,05
09296	Visite principale subséquente, par trimestre ***AVIS*** **:** *Voir la règle 5.5 du préambule général.*	108,05
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	216,05
09148	Visite de contrôle	64,80
	Domicile :	
09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95
	Établissement :	
15614	Intervention clinique auprès d'un patient, par quart d'heure complété Note : Le code 15614 inclut les visites effectuées le même jour chez le même patient. ***AVIS*** **:** *Inscrire la durée de l'intervention.*	56,70
00085	Évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive, par quart d'heure complété 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. Cet acte peut être effectué en établissement ou au site d'une mission. Le site d'une mission désigne l'endroit où le médecin se rend pour exécuter ses activités, l'endroit à partir duquel il les exécute à distance ou tout autre endroit désigné par les parties négociantes. Lorsqu'il les exécute à distance, la rémunération à laquelle il a droit est toutefois applicable à l'endroit où le médecin est situé. ***AVIS*** **:** *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis;* *Inscrire la durée de l'évaluation et l'heure de début du service.*	56,70

AVIS **:** *Pour les services effectués à distance ou au site d'une mission, utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation du directeur régional de santé publique;

- la précision du lieu **Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail**.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel**;

- le lieu où le service est rendu (le code de localité, le code postal ou le numéro d'établissement).

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que la RAMQ a reçu 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.*

La demande doit être transmise à la RAMQ :

Par la poste

Service du prétraitement et de l'admissibilité
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;

- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	*Visite principale*	***129,60***
----	***Supplément de consultation 64,90***	
09212	*Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)*	***194,50***
09088	*Supplément de durée*	***70,25***

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*	***64,80***

Urologie

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09127**, **09162**, **09165**, **09170**, **09201**, **09212**, **15596**, **15597** et **16110**, voir la* Règle d'application n° 21.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09127	Visite principale	62,60
15596	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	62,60
----	**Supplément de consultation 27,05**	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,65

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	23,20
15758	Si patient de moins de 14 ans, supplément	10,55
15937	Visite de prise en charge initiale d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale	183,90
15938	Visite de suivi d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale	52,00

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu de la visite.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu en référence Établissement pour le compte duquel le service a été effectué*;*

- le numéro du centre secondaire désigné pour lequel le médecin a offert le service.

AVIS **:** *La liste des centres secondaires désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

15939	Intervention clinique auprès d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale, par période de 15 minutes complétées	108,25

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu de la visite.*

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu en référence Établissement pour le compte duquel le service a été effectué*;*

- le numéro du centre de référence désigné pour lequel le médecin a offert le service.

AVIS **:** *Inscrire la durée de l'intervention.*

AVIS **:** *La liste des centres de référence désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*

09150	Visite principale	50,35
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	50,35
----	Supplément de consultation 36,45	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	86,80

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 78,10	
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)	128,45

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

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	20,15
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	36,15
	Externe	
09162	Visite principale	48,15
15597	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	48,15
----	Supplément de consultation 20,85	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,00

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consulation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 67,20	
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)	115,35

AVIS **:** *Voir la règle 2.5 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

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.

----	Supplément de consultation avec prise en charge d'un patient en vue d'une greffe rénale, facturable pour la première visite uniquement par un urologue greffeur : 220,85	
15936	Consultation et prise en charge d'un patient en vue d'une greffe rénale, facturable pour la première visite uniquement par un urologue greffeur (incluant la visite principale et le supplément de consultation et prise en charge d'un patient en vue d'une greffe rénale) Note : Maximum une par patient par greffe Note : Ce code est facturable uniquement par un médecin détenant les privilèges de greffe en établissement	269,00
	AVIS **:** *Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*	
	AVIS **:** *Pour chaque médecin spécialiste concerné, l'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Médecins spécialistes (4575) en précisant la période couverte.*	
09164	Visite de contrôle	17,85
15760	Si patient de moins de 14 ans, supplément	10,55
15892	Visite de prise en charge initiale d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale	183,90
15893	Visite de suivi d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale. Note : Les codes 15892 et 15893 sont facturables seulement dans les centres secondaires désignés.	52,00
	AVIS **:** *La liste des centres secondaires désignés est disponible à la page Listes de désignations et listes de garde.*	
15891	Intervention clinique auprès d'une patiente souffrant d'une complication ou d'effets secondaires à la suite de la mise en place ou du retrait d'une bandelette sous-urétrale, par période de 15 minutes complétées	108,25
	AVIS **:** *Inscrire la durée de l'intervention.*	
	Note : Facturable seulement dans les centres de référence désignés.	
AVIS **:**	*La liste des centres de référence désignés est disponible à la page Listes de désignations et listes de garde.*	
	Salle d'urgence	
15598	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,25
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	27,25
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	27,25
	AVIS **:** *Voir la règle 5.5 du préambule général.*	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	53,30
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.	
09148	Visite de contrôle	14,25
	Domicile :	

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

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 47,50

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 *Visite principale* ***48,15***

---- ***Supplément de consultation 20,85***

09212 *Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)* ***69,00***

AVIS **:** *Voir la règle 2.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

09202 *Visite de contrôle* ***17,85***

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 ou sclérales sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires du programme d'assistance emploi.
Voir l'article 22. u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

		R = 1
	Cabinet privé :	
09128	Visite principale	48,55
09139	Visite de contrôle	24,30
	Centre hospitalier de soins de courte durée :	
	Hospitalisation	
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée en établissement.*	
09158	Visite principale	41,15
09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (PG-5.5)	41,15
09159	Visite de contrôle	17,95
	Externe	
09177	Visite principale	41,15
09178	Visite de contrôle	17,95
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09197	Visite principale	41,15
09298	Visite principale subséquente, par trimestre	41,15
09198	Visite de contrôle	17,95
	Domicile :	
09179	Visite principale	48,55
09199	Visite de contrôle	17,95

AVIS **:** *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :
- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :
- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09210	*Visite principale*	***41,15***
09211	*Visite de contrôle*	***17,95***

Divers

		R = 1
15761	Un supplément est prévu lorsque la communication avec le patient ou le parent d'un enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément est facturable en cabinet, à domicile et en établissement lors d'une visite	26,40
	AVIS **:** *Voir la règle 35 du préambule général.*	
	Constat de décès :	
15264	constat de décès à distance	26,40
	Note : Le code 15264 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.	
09200	rédaction de la déclaration de décès	32,70
	(formulaire SP3)	
	AVIS **:** *Voir la règle 20 du préambule général.*	
	Surveillance	
00080	première demi-heure	41,15
	par quart d'heure additionnel	41,15
	AVIS **:** *Inscrire la durée de la surveillance.*	
	Voir la règle 9 du préambule général.	
	Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier	
09246	première demi-heure	82,30
	par quart d'heure additionnel	82,30
	AVIS **:** *Inscrire la durée de la surveillance.*	
	Voir la règle 9.3 du préambule général.	
08925	Thérapie de communication	48,55
	(Voir Règle 7 du Préambule général)	
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application n° 2.	
15406	Réunions cliniques multidisciplinaires, par période complète de 15 minutes	52,75
	(Voir Règle 34 du Préambule général de l'Annexe #4 ou Règle 9 du Préambule général de l'Annexe #5)	
	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 complète de 15 minutes. Maximum de 40 heures par année civile, par médecin.	

Note : L'acte codé 15406 ne s'applique pas aux médecins classés en anatomopathologie ou en psychiatrie, à un médecin qui participe à une clinique des tumeurs, à l'exception du médecin classé en dermatologie pour lequel le code de réunion multidisciplinaire peut être facturé pour les cliniques de tumeurs, et à un médecin qui participe à une réunion multidisciplinaire spécifique pour laquelle une tarification est prévue dans sa spécialité (voir règle 34.5 du préambule général).

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15406****.*

Inscrire :

- *- l'heure de début du service;*
- *- l'heure de fin du service ou la durée de la participation à une réunion clinique multidisciplinaire.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Conserver pour une période de 60 mois les documents concernant la discussion du cas clinique aux fins de références ultérieures.

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir (voir Règle 36 du Préambule général)

17000 par quart d'heure complété 50,00

AVIS **:** *Inscrire:*
- la durée de l'intervention;
- l'heure de début de l'intervention.

17001 temps de déplacement, par quart d'heure de déplacement complété 50,00
Maximum 3 quarts d'heure

AVIS **:** *Pour un déplacement de 10 kilomètres et plus, inscrire:*
- la durée du déplacement
- l'heure de début du déplacement

AVIS : *En cas de dépassement du maximum de temps de déplacement, inscrire l'élément de contexte* **Difficulté à recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention dans le cadre de l'aide médicale à mourir**.

Dans le cas d'un déplacement de plus de 40 kilomètres, les frais de transport s'ajoutent et seront payés conformément à l'article 2.1 a) de l'Annexe 23.

17002 Démarches effectuées pour l'obtention et la gestion des médicaments (voir règle 37 du préambule général) 50,00

Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir (voir règle 38 du préambule général)

17003 partie 1 du formulaire seulement et sa transmission 150,00

17004 parties 1, 2 et 3 du formulaire et sa transmission 250,00

17005 Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir (voir règle 39 du préambule général) 50,00

AVIS **:** *Inscrire le numéro du médecin accompagnateur ou son prénom, son nom et sa profession.*

17006	Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue (voir règle 40 du préambule général)	100,00

Examen médical et constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel

(Lettre d'entente # 5)

		R = 1
	Au cabinet :	
00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	455,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	195,00
	Dans un établissement :	
00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	374,00
00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	161,00
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	57,00

AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de la séance.*

Évaluation médico-psycho-sociale

(Lettre d'entente # 6)

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocation 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.

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	161,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	39,00

La rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes suivant la Loi sur la protection de la jeunesse

(Lettre d'entente # 64)

Évaluation d'un enfant et rapport

Au cabinet :

09070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	195,00
	Dans un établissement :	
09071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	161,00
	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)	57,00
	AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de l'évaluation.*	
	Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance	
15260	évaluation - suite à une ordonnance de la cour	587,00
	Évaluation au vu du dossier de l'enfant	
15261	évaluation - au vu du dossier	293,00
15262	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	185,00

AVIS **:** *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes*
Inscrire la durée de la vacation;
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.

Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du tribunal aux fins de références ultérieures.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.

Rémunération mixte
Pour le lieu de dispensation, indiquer :
- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;
- la précision du lieu **Témoignage au tribunal**.

Pour le lieu en référence, indiquer :
- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel***;*
- le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.

La rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes

(Lettre d'entente # 172)

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

98000	Évaluation – garde préventive	40,00
98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	264,00
98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	190,00
98003	Évaluation – Ordonnance de traitement / d'hébergement	1 003,00
98004	Évaluation – Suivi d'ordonnance	100,00
98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	500,00
98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 500,00
98023	supplément de complexité dans le cadre d'accusations pour meurtre ou tentative de meurtre	1 250,00
98024	Analyse de la preuve policière pour l'analyse de l'aptitude et/ou la responsabilité criminelle Note : le code 98024 est facturable uniquement avec les codes 98005 et 98006 ***AVIS*** **:** *Ce service doit être facturé le même jour que l'évaluation psychiatrique.*	70,00
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	1 250,00
98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	633,00
98009	Évaluation médicale – Mesure de protection	633,00
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	633,00
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	633,00
98025	Révision du plumitif d'un patient (registre officiel des antécédents judiciaires) Note : le code 98025 est facturable uniquement avec les codes 98005, 98006, 98007, 98010 et 98011 ***AVIS*** **:** *Ce service doit être facturé le même jour que l'évaluation psychiatrique.*	50,00
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, ou dans la salle d'audience de l'enquête publique du coroner, par demi-heure	185,00

AVIS **:** *Inscrire la durée de la vacation.*

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.

Rémunération mixte

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;

- la précision du lieu **Témoignage au tribunal**.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel***;*

- le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.

98020	Signalement à la DPJ	200,00

98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé)	240,00
98022	Communication en vue d'une évaluationn de dangerosité	158,00

AVIS **:** ***Particularité pour les codes de facturation 98005, 98006, 98007 et 98012***

*Lorsque le témoignage devant une cour, un tribunal ou dans le cadre d'une enquête publique du coroner (code de facturation **98012**) est en relation avec les codes de facturation **98005**, **98006** et **98007** :*

Ces services sont couverts 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 du tribunal. Ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois.

Si l'accusé ne détient pas de carte d'assurance maladie valide :
*- Indiquer le type de situation à considérer **Personne faisant l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental**;*
- Inscrire son nom, son prénom, sa date de naissance, son sexe et son adresse (si connue).

Si l'accusé détient une carte d'assurance maladie valide, inscrire son numéro d'assurance maladie.

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 la copie du subpoena assignant le médecin à comparaître aux fins de références ultérieures.*

Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu

		R = 1
	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'édicté 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	26,40
	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	26,40

Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public

09825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	32,70
09826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	32,70

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	29,55
15311	Prélèvement de sang dans la veine cave chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction	46,45
15312	Examen externe d'un cadavre	57,00

Annexe 24

Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels

Avis : *Utiliser l'élément de contexte* **Service non lié à la santé et à la sécurité du travail**, *pour un autre acte inscrit sur la même facture n'ayant pas de lien avec la santé et la sécurité du travail.*

		R = 1
	1. Attestation médicale Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.	
09926	rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission	22,50
	2. Rapport sommaire de prise en charge Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment : **1**° la date de l'accident du travail; **2**° le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents; **3**° la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle; **4**° le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé; **5**° dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent; le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.	
09927	rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission	22,00
	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'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.	
09928	rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission	22,00
	AVIS **:** *Si vous utilisez le code de facturation* ***09928*** *plus d'une fois par jour pour 2 évènements différents, utilisez une facture par évènement.*	
	4. Rapport final Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :	

a) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;

b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

1° l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

2° l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;

3° l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion;

Le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09930 rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission — 26,00

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 récidive ou d'une aggravation;

- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;

- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929 rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission — 105,00

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	135,00

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. Opinion du médecin avant la consolidation de la lésion professionnelle

A) 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	115,00

B) Approbation des mesures de réadaptation avant consolidation de la lésion

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission avec le médecin qui a charge, sous forme écrite ou téléphonique, expliquant la (ou les) mesure(s) de réadaptation proposée(s) pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle et requérant son opinion afin de déterminer si ces mesures s'inscrivent bien dans le plan de traitement du médecin pour son patient ou s'il existe des indications médicales dont il faut tenir compte.

09922	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin	50,00

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	130,00

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'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	425,00
09901	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	115,00
09984	supplément pour la psychiatrie	325,00

B) Médecin désigné

Note : Le médecin désigné par la Commission

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commision pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1° évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09978	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	730,00
09902	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente. Note **:** Le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale (article 13) peut réclamer ce supplément, à l'exception des neurochirurgiens du BEM lorsqu'il s'agit d'un cas de rachis.	115,00
09985	supplément pour la psychiatrie	325,00
09923	évaluation au vu du dossier par un médecin psychiatre Note **:** Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article 18 **Étude de dossiers particuliers** (voir codes 09911, 09912 et 09913, article 18 B)), peuvent s'appliquer au service codé 09923.	625,00

2° évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09946	examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	890,00
09980	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	115,00
09986	supplément pour la psychiatrie	325,00
09977	supplément lorsque le médecin rend son avis en cabinet privé Note : Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.	100,00

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		95,00
09948		145,00
09949		170,00

D) Considération spéciale pour l'expertise d'une personne victime d'une lésion psychiatrique très complexe

Considération pouvant être accordée, dans certains dossiers, par le médecin de la Commission au médecin désigné qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe, ou par le Directeur médical du Bureau d'évaluation médicale au membre de ce Bureau qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe.

09950	supplément pour la psychiatrie	250,00

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 récidive, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

09934	production et transmission à la Commision du rapport, pour chaque médecin membre du comité	400,00
09933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	130,00
09935	le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de	120,00

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'édicté 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	95,00
09979	b) pour tout nouveau dossier	180,00

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

Note : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article 10 Rapport d'évaluation médicale (voir codes 09947, 09948 et 09949, article 10 C)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour les services codés 09906, 09939, 09918, 09936 et 09937.

Note **:** Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article **18 Étude de dossiers particuliers** (voir codes 09911, 09912 et 09913, article 18 B)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour les services codés 09938 et 09917.

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'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938	avis donné au vu du dossier, sauf le médecin psychiatre	400,00
09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	625,00
09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	730,00
09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	1 055,00
09977	supplément lorsque le médecin rend son avis en cabinet privé	100,00

Note**:** Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.

AVIS **:** *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM).*

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

1° le diagnostic;
2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun, sauf le médecin psychiatre	585,00
09906	le médecin psychiatre qui participe à la préparation de l'avis commun	1 055,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	75,00

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, parce qu'il ne consent pas à se faire évaluer ou parce que son état ne permet pas au médecin de procéder à cette évaluation, 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, dont le rendez-vous est fixé plus de dix jours après la date du rendez-vous initial.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Le travailleur ne s'est pas présenté au rendez-vous, il n'a pas consenti à se faire évaluer ou son état ne permettait pas de procéder à l'évaluation**.

Cette indemnité vise les codes de facturation ***09902 à 09906, 09918, 09931, 09933 à 09937, 09939, 09946 à 09950, 09978, 09980, 09985*** *et* ***09986***.

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, par lésion professionnelle acceptée par la Commission ou, par la suite, au maximum une fois par an lorsqu'une aggravation de la surdité est suspectée.

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'événement la date à laquelle le formulaire visant le retrait préventif est complété.*

S'il y a lieu, inscrire un diagnostic de grossesse.

*Le supplément pour la prise en charge d'une patiente enceinte, y compris le counseling génétique pour le dépistage prénatal (codes de facturaiton **15108** à **15111**, **15125** à **15127**, **15129** et **15141**), et la 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 doivent être facturés sur une facture distincte.*

17. Assignation temporaire d'un travail

A) Assignation 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	70,00

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	400,00

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

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		60,00
09912		85,00
09913		110,00

19. Certificat médical du plongeur professionnel

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la Loi sur la santé et la sécurité du travail et son règlement.

Note **:** Pour réclamer ce service, le médecin doit être désigné par les parties.

09954 rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel — 110,00

- **20. Avis supplémentaires pour le médecin désigné ou le médecin membre du bureau d'évaluation médicale**

Note **:** La correction demandée par la CNESST d'un rapport d'évaluation déjà rendu par un médecin désigné par la CNESST en vertu de l'article 10 b) ou d'un avis écrit rendu par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale en vertu de l'article 13, en raison d'une erreur ou d'une omission imputable à l'un ou l'autre de ces médecins ne constitue pas un avis supplémentaire et doit être exécutée sans rémunération additionnelle.

A) Avis supplémentaire simple

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 b) ou à un avis écrit en vertu de l'article 13 qu'il a déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire est soumise par la Commission dans les 60 jours de la signature du précédent rapport d'évaluation par le médecin désigné ou de cet avis par le médecin du BEM, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- **1**° Transmission de rapports d'investigations supplémentaires à la suggestion du médecin désigné ou du membre du BEM, ou d'une consultation en milieu spécialisé (ex : scan, EMG);
- **2**° Transmission de documents (maximum de 15 pages) pertinents pour la rédaction de l'avis, qui n'étaient pas inclus dans le dossier transmis par la CNESST, mais qui auraient dû l'être;
-

09924 examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis — 115,00

B) Avis supplémentaire complexe

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 b) ou à un avis écrit en vertu de l'article 13 déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire soumise par la Commission comporte plus de 15 pages de nouveaux documents pertinents à la rédaction de l'avis supplémentaire ou que l'ajout ou la modification apportée par la Commission à la demande initiale soumise exige une relecture presque complète du dossier entier.

09925 examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis — 215,00

- **21. Considération de très grande complexité**
-

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné, selon les critères établis par la Commission. Cette considération peut aussi être accordée dans certains dossiers par le directeur médical du Bureau d'évaluation médicale aux médecins de ce Bureau, selon ces mêmes critères.

09931 275,00

- **22. Rapports pour les victimes d'actes criminels (Ivac)**

A) Attestation médicale IVAC-CIVISME

Il s'agit de l'attestation médicale comportant notamment le diagnostic, le siège de la blessure, les autres diagnostics actuels physiques ou psychiques pouvant avoir des répercussions, de même que les antécédents pertinents; s'il y a lieu arrêt de travail ou d'études et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la blessure d'une personne victime ou d'un sauveteur; cette attestation est remise par le médecin qui la complète à cette victime ou sauveteur.

15795 pour la rédaction et remise sans délai à la victime, du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission 22,50

B) Rapport médical IVAC-CIVISME

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin; ce rapport comporte notamment :

- **1**° la date de l'acte criminel ou du sauvetage;
- **2**° le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
- **3**° la période prévisible de consolidation de la blessure;
- **4**° l'évolution de la blessure et l'évaluation des séquelles à prévoir
-

15796 pour la rédaction et expédition immédiate à la Commission, du formulaire de rapport médical prescrit par la Commission 22,00

C) Rapport final IVAC-CIVISME

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, lorsque la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée; ce rapport comporte notamment les diagnostics finaux et renseignements complémentaires pertinents et il décrit les limitations fonctionnelles qui résultent de la blessure.

15797 pour la rédaction et expédition à la Commission, dès que la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission 26,00

23. Majoration applicable

Aucune majoration n'est applicable pour l'ensemble des codes de l'Annexe 24, à l'exception de la rémunération différente prévue à l'Annexe 19.

C — Procédés diagnostiques et thérapeutiques

La rémunération pour l'anesthésie locale reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

		Établissement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Allergie			
20104	Un supplément est payable si réaction anaphylactique nécessitant l'administration d'épinéphrine Le code 20104 n'est facturable qu'avec les codes 00100, 00152, 00161, 00334, 20105, 20110, 20111, 20112, 20113, 20114, 20504 et 20505 et 20543.	168,90	211,10	
	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation			
00100	une injection	13,20	18,45	
20105	deux injections ou plus, le même jour	18,45	23,75	
	Note : Les codes 00100 et 20105 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.			
	Cuti-réaction par scarification, intradermoréaction ou les deux, par jour :			
20500	tests cutanés aux inhalants, interprétation et, le cas échéant, la technique	24,65	31,00	

20501	tests cutanés aux aliments, interprétation et, le cas échéant, la technique (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie) Scarification ou intradermoréaction	28,35	34,10
20502	tests cutanés au venin d'insectes, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie)	58,70	70,80
20503	tests cutanés aux médicaments, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour	47,20	58,70
00107	Transfert passif	33,25	39,90
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie et en oto-rhino-laryngologie)	5,95	
20106	Supervision de l'application cutanée contrôlée de substances chimiques à l'aide de chambrettes autocollantes laissées en place 48 heures et plus, par allergène Note : Maximum 200 allergènes par séance. ***AVIS*** **:** *Inscrire le nombre d'allergènes*.	1,00	1,00
20107	Lecture en temps direct effectuée 72 heures ou plus après l'application Maximum d'une seule lecture par patient, par application	30,55	30,55
20108	Lecture de fiche signalétique (SIMDUT)	50,95	50,95
20109	Élaboration et préparation d'échantillons pour tests par application (produits industriels ou médicaments non commercialement disponibles)	316,65	316,65
00152	Perfusion intraveineuse de gammaglobuline, incluant la surveillance Note : Ne peut être facturé par un médecin spécialiste en hémato-oncologie médicale pour un traitement d'un cancer	60,15	
20110	Perfusion intraveineuse d'immunomodulateur, incluant la surveillance	52,80	
20111	Injection anti-IgE, incluant la surveillance	26,40	

00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance	106,85	106,85
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	158,35	
20504	Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour Note : Le code 20504 exclut les procédés thérapeutiques subséquents de progression en immunothérapie orale.	185,40	
20543	Progression d'immunothérapie orale alimentaire, incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie) Note : Le code 20543 ne peut être facturé avec une visite le même jour, pour le même patient, par le même médecin.	85,00	110,00
20505	Test de provocation spécifique aux médicaments, toutes techniques, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	185,40	
00334	Désensibilisation aux médicaments, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte codé 20104 rendus le même jour, par jour	395,80	
00815	Test de provocation bronchique non spécifique (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation Note : Le code 00815 ne peut être facturé par un médecin classé en allergie et immunologie.	40,00	
	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation		
00161	première injection	52,80	73,90

20112	injection subséquente, maximum 3 injections subséquentes Note : Les codes 00161 et 20112 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour. ***AVIS*** **:** *Inscrire le nombre d'injections subséquentes*.	21,10	26,40
20113	Traitement ultra-rapide d'hyposensibilisation au venin d'insecte, pour initiation de traitement seulement, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte identifié par le code de facturation 20104 rendu le même jour. Minimum de 4 injections, par type de venin, par patient. Note : Le code 20113 peut être facturé au maximum deux fois par patient, par année civile.	369,45	
20114	Traitement d'hyposensibilisation sublingual (initiation) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, limité aux extraits d'allergènes approuvés pour cette voie d'administration Maximum 1 fois par allergène, par patient, par année civile	18,45	23,75
	Dosages d'IgE spécifiques		
00781	Interprétation d'un ou de plusieurs tests alimentaires pour un patient qui a préalablement été vu par le même médecin spécialiste en allergie-immunologie, par patient, par année (pour spécialiste en allergie seulement)	31,65	31,65

Analyse de laboratoire

00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie) Note *:* Doit inclure le rapport au dossier du patient		2,30

Angiologie

La présente section s'applique aux médecins spécialistes qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie percutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu, l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artérioveineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25 %.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **En vue de l'étude d'un ou de plusieurs pontages artériels ou de fistules artérioveineuses.**

	Angiographie veineuse :		
	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)		
	veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
00129	bénéficiaire de 2 ans ou plus	24,40	4
00233	bénéficiaire de moins de 2 ans	43,40	6
	veine thoracique ou abdominale		
00133	bénéficiaire de 2 ans ou plus	50,75	4
00886	bénéficiaire de moins de 2 ans	75,65	4
	par dissection veineuse :		
	veine cave supérieure ou inférieure		
00135	bénéficiaire de 2 ans ou plus	69,10	4
00888	bénéficiaire de moins de 2 ans	90,55	4
	sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine		
00141	bénéficiaire de 2 ans ou plus	93,00	4
----	(maximum de $) (maximum de 232,50 $)		
00621	bénéficiaire de moins de 2 ans	118,75	4
----	(maximum de $) (maximum de 296,85 $)		

AVIS **:** *Inscrire le nombre de services.*

	Angiographie artérielle :		
	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter, s'il y a lieu)		
	artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
00142	bénéficiaire de 2 ans ou plus	32,60	4
00408	bénéficiaire de moins de 2 ans	43,30	4
	artère sous-clavière		
00139	bénéficiaire de 2 ans ou plus	80,05	5
00619	bénéficiaire de moins de 2 ans	101,35	6
	artère carotide ou vertébrale		
00143	bénéficiaire de 2 ans ou plus	74,45	6
00409	bénéficiaire de moins de 2 ans	102,90	5
	artère thoracique ou abdominale		
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
00130	bénéficiaire de 2 ans ou plus	68,15	4
00883	bénéficiaire de moins de 2 ans	101,60	6
	aortographie translombaire		
00131	bénéficiaire de 2 ans ou plus	76,00	5
00884	bénéficiaire de moins de 2 ans	114,00	5
	par dissection artérielle :		
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
00132	bénéficiaire de 2 ans ou plus	97,85	5
00885	bénéficiaire de moins de 2 ans	133,90	5
	artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coeliaque, mésentérique, bronchique)		
	ajouter à l'aortographie non sélective		
00134	bénéficiaire de 2 ans ou plus	30,95	
----	(maximum de) (maximum de 123,80 $)		
00887	bénéficiaire de moins de 2 ans	38,00	
----	(maximum de $) (maximum de 152,00 $)		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de services.*		
	Coronarographie		
00294	bénéficiaire de 2 ans ou plus	205,65	5
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 19.		
00488	bénéficiaire de moins de 2 ans	308,50	5
	Angiocardiographie :		

	non sélective (par voie veineuse)		
00126	bénéficiaire de 2 ans ou plus	47,35	5
00219	bénéficiaire de moins de 2 ans	65,70	6
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire		
00102	bénéficiaire de 2 ans ou plus	110,30	5
----	(maximum de $) (maximum de 220,60 $)		
00191	bénéficiaire de moins de 2 ans	164,75	6
----	(maximum de $) (maximum de 329,50 $) ***AVIS :*** *Inscrire le nombre de services.*		
20506	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie	396,50	5

AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 19.

Aphérèse

00439	Érythrocytaphérèse	204,55	
	Note : Maximum 1 fois par jour par patient		
00434	Leucaphérèse	204,55	
	Note : Maximum 1 fois par jour par patient		
00406	Plaquettaphérèse	204,55	
	Note : Maximum 1 fois par jour par patient		
20185	Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus), (pour médecin spécialiste en hémato-oncologie seulement)	204,55	
	Note : Maximum 1 foir par jour par patient		
20115	Cholestérol incluant la surveillance et la visite	105,55	

AVIS **:** *Pour le médecin classé en biochimie, utiliser l'élément de contexte* **Quote-part facturée le même jour** *lorsque l'acte codifié* ***20115*** *est effectué le même jour que l'acte codifié* ***09735***.

Aspiration

00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	10,30	10,30

00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	16,45	16,45	
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	20,10	21,00	4

Audiométrie

Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

	tonale			
00180	interprétation et technique de procédé	18,25	20,80	
	tonale et vocale			
00156	interprétation	11,25	11,25	
00747	interprétation et technique de procédé	30,55	41,00	
00164	Mesure des émissions oto-acoustiques, interprétation	3,30		
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes trans-tympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	113,15		6
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale	9,95	9,95	

Biopsie (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

----	conjonctive	(voir oeil)
----	larynx	(voir laryngoscopie)
----	orbite	(voir oeil)
	osseuse ouverte :	
----	os mineur	(voir système musculo-squelettique)
----	os majeur	(voir système musculo-squelettique)
----	paupières et sourcils	(voir oeil)
----	transtrachéale ou transbronchique	(voir bronchoscopie)

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie non reliée à l'acte opératoire.**

	Maximum de 1 par patient, par jour, pour le même médecin			
00165	anus (PG-28)	18,70	21,80	5
20021	artère temporale	120,20	120,20	5
00167	bouche	30,25	31,95	4
00782	par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	39,30		
00179	estomac (perorale)	18,85	18,85	4
00181	foie (à l'aiguille, percutanée) (PG-28)	58,05	58,05	5
00187	glandes salivaires	35,95	38,40	5
00190	intestin grêle (perorale)	47,50	47,50	
00192	langue	30,25	31,95	4
00308	masse cervicale (à l'aiguille) (PG-28)	35,05	35,05	5
20116	avec échoguidage, excluant la biopsie de la thyroïde, supplément	31,65		
	moelle osseuse :			
	aspiration seulement			
00234	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28 pour pédiatre seulement)	81,80	81,80	4
00249	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28 pour pédiatre seulement)	90,50	90,50	4
00213	palais	30,25	31,95	4
00221	pharynx	30,25	31,95	5
00226	préscalénique	66,25	66,25	4
00227	prostate (à l'aiguille)	39,90	39,90	4
00526	biopsies ciblées de la prostate par fusion d'image IRM/Echographie assistée par ordinateur par voie transrectale ou périnéale, sous anesthésie locale Note : ce code exclut les biopsies réalisées par fusion cognitive Note : pour urologue seulement Note : ne peut être facturé avec le code 08327	282,10		
00223	rate (avec manométrie)	64,65	64,65	4
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	64,30	64,30	4
00231	rectum	12,90	15,10	5
	testicules :			

00241	unilatérale ou bilatérale	44,25	53,30	5
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	61,95	73,25	4
00237	thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	29,45	47,35	
00103	si évaluation d'une masse thyroïdienne avec biopsie sous échoguidage, supplément (cet acte est réservé aux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie)	31,65		
00244	urètre (sans endoscopie)	15,40	15,40	4
	Maximum de 2 par patient, par jour, pour le même médecin			
00173	conduit auditif externe	27,90	29,20	4
00175	de la synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	118,30	118,30	6
00185	gencives	27,40	28,45	4
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	52,60		4
00194	lèvre	26,05	26,90	4
00204	nez : tumeur endonasale	33,70	35,95	4
00207	oreille moyenne	30,25	30,25	4
00222	plèvre : à l'aiguille	158,35	158,35	4
00797	plèvre ou poumon ou les deux : au trépan pneumatique	186,75		4
00232	rein (à l'aiguille) (PG-28)	112,05	112,05	5
00236	sinus	28,90	28,90	5
00246	vaisseau superficiel	45,05	51,60	5
	Maximum de 1 par patient, par jour, par site anatomique, pour le même médecin			
00166	aponévrose	45,65	52,65	4
00168	bourse profonde	60,05	60,05	4
00169	bourse superficielle	26,60	26,60	4
00183	gaine tendineuse	43,20	49,55	4
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (PG 28)	48,35	48,35	5
00195	ligament	60,25	70,60	4
00202	muscle	110,45	110,45	5
00220	nerf périphérique	108,60	108,60	5
00273	osseuse à l'aiguille (PG-28)	130,85		4
	osseuse à l'aiguille avec aspiration de moelle osseuse			

00281	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28)	158,90	158,90	4
00282	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28)	231,20		4
00215	cutanée et tissus sous-cutanés au poinçon, ou exérèse elliptique de 1,5 cm ou moins (PG-28)	32,60	32,60	4
20117	cutanée, par rasage	22,10	22,10	
20118	exérèse elliptique de plus de 1,5 cm	63,35	63,35	5
20119	matrice ou lit de l'ongle	61,10	61,10	4
00798	sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	16,20	20,70	4
00238	tendon	40,20	47,10	4

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

Note : Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence, les services médicaux de la présente section ainsi que le code 20601sont majorés de 100 %. Cette majoration ne peut être appliquée avec les codes 00250, 00257, 00297, 00722, 20226, 20227, 20228, 20229, 20230, 20231, 20232, 20233 et 20234.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence.**

AVIS **:** *En urologie, voir la* Règle d'application nº 25.

bloc facettaire sous contrôle échoscopique, fluoroscopique ou scanographique

00217	un site	44,50	70,15	
20226	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés et pour médecins spécialistes en radiologie en laboratoire d'imagerie médicale seulement (voir règle 42 du préambule général)		149,30	

20510	chaque site additionnel, par séance, maximum 4	22,05	22,05
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels*.		
	Note : Une arthrographie ne peut être facturée lorsque effectuée à la même séance qu'un bloc facettaire. Note : Les codes 00217 et 20510 ne peuvent être facturés avec les codes 00431 et 20598.		
	Infiltration articulaire C1-C2 (atlanto-axiale) sous scopie avec positionnement intra-articulaire incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, de médicament ou de substance thérapeutique		
20511	unilatérale	195,50	230,40
20227	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)		151,70
20512	bilatérale	368,10	404,85
20228	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)		151,80
00255	blocage d'un nerf somatique majeur tels radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur, maximum de un par jour, par patient (PG-28)	22,00	22,00
	AVIS **:** *Voir le plafonnement d'activités* PA 1 Nerf somatique *sous l'onglet* Règles d'application et plafonnements. *Ce code de facturation ne peut pas être utilisé pour une anesthésie locale, régionale ou loco-régionale*.		
00722	bloc veineux	31,55	31,55
00257	caudal	46,30	46,30
20022	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	27,70	55,20

20229	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement(voir règle 42 du préambule général)		148,90
00250	épidurale cervicale	79,80	79,80
00813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	22,15	43,30
00297	épidurale thoracique ou lombaire	44,35	44,35
00814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	22,15	43,30
20230	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note: Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)		140,20
00258	ganglion de Gasser	61,65	61,65
00792	ganglion impar (Walther)	38,85	38,85
00259	ganglion sphéno-palatin	58,30	58,30
00260	ganglion stellaire	36,65	36,65
00261	nerf fémoro-cutané	24,30	24,30
00262	nerf laryngé supérieur	35,45	35,45
00719	nerf obturateur	37,35	37,35
00263	nerf phrénique	29,90	29,90
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	138,05	138,05
00265	nerf sus-scapulaire	24,40	24,40
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	46,50	46,50
00267	paravertébral de nerf somatique (thoracique, lombaire ou cervical)	33,45	33,45
	maximum par jour	83,65	83,65
20023	cryothérapie, toute voie d'approche, toute technique, pour lésions musculo-squelettiques, un ou plusieurs sites à la même séance excluant les facettes	164,75	
00266	bloc combiné du plexus lombo-sacré en une seule injection maximum un bloc par jour, par patient	38,85	38,85

	Infiltration dans le foramen, sous télévision, d'une racine nerveuse cervicale ou thoracique, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée		
20513	une racine	186,20	221,15
20231	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)		151,70
20514	deux racines ou plus	347,90	382,60
20232	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)		151,80
	Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée		
00292	une racine	120,35	143,50
20233	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désigés seulement (voir règle 42 du préambule général)		147,60
00293	deux racines ou plus	189,65	228,10
20234	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)		153,50
	paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire) :		
00268	unilatéral	83,10	83,10
00269	plexus brachial	44,35	44,35
00322	sinus carotidien (PG-28)	34,65	34,65
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	35,45	35,45
00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	35,60	35,60

Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie, le lavage broncho-alvéolaire et l'exérèse de tumeur, le cas échéant

	Bronchoscopie :		
09362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28)	53,25	5
09363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	132,50	4
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	175,00	
00724	avec cryothérapie, électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	175,00	
20120	avec thermoplastie bronchique, supplément	115,00	
09400	avec autofluorescence, supplément	105,55	
09401	avec traitement photodynamique, supplément	157,80	
09366	avec bronchographie, supplément	100,00	
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	175,00	
20085	avec navigation avancée, toutes techniques non échographiques, supplément	115,00	
20181	avec insertion de marqueurs (grains d'or) au niveau pulmonaire (transbronchique) pour radiothérapie stéréotaxique, supplément	175,00	
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	100,00	
20121	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	52,80	
09484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	166,25	
00140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	175,00	

00716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	166,25	
20015	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de balonnet à pression croissante, supplément	158,35	
00802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	110,00	
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie		
09344	chaque quart d'heure additionnel, supplément	70,00	
	AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de la procédure.*		
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire	295,35	15
00800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)	152,95	7
	Trachéostomie percutanée effectuée aux soins intensifs (PG-28)		
20515	premier intervenant	221,65	7
20516	deuxième intervenant	142,05	
20544	Trachéoscopie flexible à travers un stoma trachéal ou canule trachéale (PG-23) (PG-28)	50,00	4
	Note : Le code 20544 ne peut être facturé avec une autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives par le même médecin, à la même séance.		

Cardiologie

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, *Interventions cardiologiques*, *Stimulateur cardiaque* et *Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans.

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque* et études *hémodynamiques*, *Interventions cardiologiques*, *Stimulateur cardiaque* et *Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans.

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque* et *études hémodynamiques*, *Interventions cardiologiques*, *Stimulateur cardiaque* et *Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans.

Études et épreuves cardiologiques

Électrocardiogramme :

au bureau :

00340	interprétation		2,50
00341	technique et interprétation		7,35
00344	à domicile		23,40
00330	Évaluation du rythme et caractérisation d'arythmie par bande de rythme de 10 à 60 secondes acquises par le patient à l'extérieur de l'hôpital ou du cabinet et transmises aux médecins (avec rédaction d'un rapport)		2,50
00339	Épreuve d'effort submaximal ou maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique, incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)		70,30
00309	Épreuve d'effort submaximal ou maximal (surveillance du malade, technique et interprétation des tracés, y compris le tracé au repos)	51,00	
00329	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 00309 le même jour chez le même patient)	104,50	
00331	Monitoring ambulatoire prolongé du rythme cardiaque, excluant l'électrocardiogramme dynamique Maximum 1 fois par patient, par mois Note : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central. Note : Le code 00331 ne peut être facturé avec l'acte 00350, à la même semaine.	41,85	54,75
00350	Électrocardiogramme dynamique (Holter de toute durée) visualisation et interprétation Note : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central. Note : Maximum d'un examen par patient, par semaine.	41,85	54,75

00351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position couchée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en pratiquant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur	60,20	
00370	Interrogation/programmation d'un moniteur de rythme implanté Note : Maximum de 6 par patient par année civile, sauf si effectuée chez un patient hospitalisé, un patient à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) ***AVIS*** **:** *S'il y a lieu, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou utiliser l'élément de contexte* **Patient hospitalisé**.	27,20	
00685	bénéficiaire de 2 ans ou plus	27,20	27,20
00690	bénéficiaire de moins de 2 ans	42,05	42,05
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) ***AVIS*** **:** *S'il y a lieu, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou utiliser l'élément de contexte* **Patient hospitalisé**.		
00693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	70,10	70,10
00705	bénéficiaire de moins de 2 ans	105,70	105,70

00313	Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) ***AVIS*** **:** *S'il y a lieu, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou utiliser l'élément de contexte* **Patient hospitalisé**.	84,45	84,45	5
20517	Si resynchronisation, supplément Note : Le code 20517 peut être facturé en supplément des codes 00313, 00685, 00690, 00693 ou 00705.	21,10	21,10	
00843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	77,45		
00704	Épreuve au dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate, l'interprétation des modifications électrocardiographiques et l'épreuve d'effort submaximal ou maximal, si effectué le même jour	77,45		
00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne, incluant la visite. $ par heure, par patient, 13,25 $ par heure, par patient, maximum 15 patients, par médecin ***AVIS*** **:** *Inscrire :* *- le nombre de patients et le numéro d'assurance maladie de chacun;* *- la durée de la surveillance.*			
00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de 24 heures, interprétation Note : Ne peut être facturé pour des patients hospitalisés. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie.	14,70	14,70	

Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

Le cathétérisme cardiaque inclut notamment la consultation, la dissection artérielle ou la ponction/l'utilisation d'un cathéter, l'enregistrement des pressions intravasculaires et intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.
Les actes des sections « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », « Interventions cardiologiques », « Stimulateur cardiaque » et « Électrophysiologie » de 3 heures ou plus donnent droit à un supplément

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin aux actes des sections* Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie *lorsque le ou les codes de facturation* ***09410*** *et* ***09434*** *sont réclamés*

09410	pour une période de 3 heures, supplément	136,35
09434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 8), supplément	93,00

AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de l'intervention*.

09435 Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de $ 154,85 $ par jour

00300 Un maximum de $ 619,60 $ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », y compris l'angiologie, faits à la même séance pour un patient âgé de plus de 14 ans.

Note *:* Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.

AVIS **:** *Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, utiliser le code de facturation de chaque service rendu.*

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés
09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans

00617	Cathétérisme aortique (PG-23) (PG-28) Note : Le code 00617 ne peut être facturé avec le code 00648, le même jour, pour le même patient.	68,15	4
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (PG-23) (PG-28)	185,95	4
00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (PG-23) (PG-28)	169,80	4
09492	voie d'approche transseptale, supplément	309,85	
09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	309,85	
00530	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire (PG-23) (PG-28)	174,95	4
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (PG-23)	278,75	5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement Cathétérisme de l'artère ombilicale	53,50	4

00307	mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	115,35	4

Interventions cardiologiques

20186	Un supplément aux codes 00294, 00488, 00631, 00632, 00662 et 20506 est payable si imagerie par OCT des artères coronaires, technique et interprétation Note : Le code 20186 ne peut être facturé avec les codes 08375, 08376 et 08377, à la même séance.	246,70	
	L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque fait durant la même séance.		
00631	temps angioradiologique	260,30	
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application n° 19.		
00632	temps angioplastique	557,65	8
00662	temps angioradiologique et angioplastique	681,60	10
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application n° 19.		
09302	dilatation de chacune des artères additionnelles	161,05	
	Note : Maximum de 5 par session d'hémodynamie, par patient.		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'artères additionnelles*.		
20520	si athérectomie, supplément	309,85	
20521	si tuteur(s) intravasculaire(s), supplément	216,90	
20522	si thromboaspiration intravasculaire, supplément	216,90	
20523	si mise en place d'un système de protection embolique endovasculaire, supplément	216,90	
20524	si extraction de corps étranger(s), supplément	371,75	
20525	si embolisation septale appliquée aux cardiomyopathies hypertrophiques, supplément	433,75	
20518	Épreuve pharmacologique percathétérisme pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	93,00	6

20122	Épreuve avec effort percathétérisme pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	93,00	6
20519	Épreuve pharmacologique percathétérisme pour évaluation de la sévérité des cas de rétrécissement aortique calcifié associé à une dysfonction ventriculaire afin de confirmer la pertinence d'une intervention valvulaire	93,00	6
	Angioplastie d'occlusion chronique		
20123	si double accès artériel pour injection coronarienne simultanée, dans le contexte d'une angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément	239,00	
20124	si guide et/ou microcathéter avancé par voie rétrograde dans le contexte d'une tentative d'angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément	358,50	
	Note : Les codes 20123 et 20124 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.		
20187	Embolisation de fistule coronarienne ou collatérale aorto- pulmonaire dans le contexte d'une malformation cardiaque	316,65	8
20188	si fistule coronarienne ou collatérale additionnelle, supplément Maximum 2	105,55	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de fistules additionnelles*.		
09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (PG-23)	991,35	10
09361	dilatation d'une sténose à un site différent, supplément	136,35	
20189	si utilisation d'un tuteur endovasculaire, supplément Maximum 2	211,10	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de tuteurs*.		
20190	si perforation par radiofréquence d'obstruction ou d'atrésie complète valvulaire ou d'un gros vaisseau intrathoracique, supplément	211,10	

20526	Correction ou oblitération percutanée d'une incompétence valvulaire ou périvalvulaire par différents implants incluant, le cas échéant, le cathétérisme aortique, le cathétérisme cardiaque gauche, le cathétérisme transseptal et l'angiographie de cavité cardiaque	991,35		15
20125	si utilisation d'un implant de rapprochement actif des feuillets « clip mitral », par implant (maximum 2), supplément	209,10		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'implants*.			
	Remplacement valvulaire percutané, toutes approches incluant la valvuloplastie par ballonnet, l'implantation d'une endoprothèse valvulaire et, le cas échéant, l'ensemble du cathétérisme cardiaque gauche et droit, le débit cardiaque, la documentation du gradient transvalvulaire et l'utilisation d'une électrode endocavitaire pour stimulation ventriculaire rapide			
20527	Médecin opérateur principal	1 858,75		21
20545	Médecin collaborateur au remplacement valvulaire percutané Note : Maximum 1 collaborateur par procédure Note : Ne peut être facturé par un médecin de la même spécialité que le médecin facturant le code 20527 Note : Ne peut être facturé dans la même séance avec les codes de l'onglet C ou J à l'exception du code 20527, sauf si complication per-procédure demandant d'autres interventions	1 645,00		
	AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Intervention requise en raison d'une complication per-procédure**.			
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme fait le même jour (PG-23)	867,40		15
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	527,75		10
00597	Ponction péricardique (PG-28)	309,85	309,85	5

09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments) (PG-28)	371,75		5
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	20,95		
	Ballon intra-aortique			
00422	installation	247,85		10
00424	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	93,00		
00446	exérèse percutanée (PG-23)	93,00		10
00457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	155,60		10
	Implantation d'un système d'assistance circulatoire percutanée			
20528	installation (PG-23)	619,60		10
20529	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	123,90		
20530	exérèse percutanée (PG-23)	123,90		10
00489	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance :			
	une par séance (PG-28)	92,80	92,80	4

Stimulateur cardiaque

20191	Si procédure de vénoplastie par dilatation percutanée dans le contexte de voie d'accès compliquée, supplément Note : Le code 20191 est un supplément aux codes 00460, 20531, 20532, 20577, 20579, 20588	209,15		
	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent			
20577	une électrode (PG-23)	523,50		7
20578	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	133,00		
20579	deux électrodes (PG-23)	655,50		7
20581	par voie thoracique, supplément (PG-23)	125,10		
20582	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23)	282,00		10
20583	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	133,00		
20588	Exérèse, remplacement, repositionnement de cardiostimulateur ou défibrillateur sans électrode réimplantée, incluant la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance (PG-23)	427,25		8

20589	une électrode réimplantée, supplément (PG-23)	188,45	
20590	électrodes supplémentaires réimplantées, par électrode, supplément (PG-23)	160,05	
	Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s) par voie endovasculaire		
20584	une électrode, supplément (PG-23)	155,05	
20585	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	143,15	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **20585** et **20590** , inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires .*		
20586	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	77,55	
20587	par sternotomie ou thoracotomie, supplément (PG-23)	473,10	
20532	Exérèse d'électrodes endocavitaires avec système d'extraction utilisant une source d'énergie	1 048,95	15
20194	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	143,15	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires*.		
20195	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	77,55	
00460	Mise en place d'un défibrillateur, toute voie d'approche, incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance	813,45	10
20531	Mise en place d'une sonde permanente de stimulation ventriculaire gauche, incluant la canulation et l'angiographie du sinus coronarien, la mise en place d'un cardiostimulateur (pacemaker) ou d'un défibrillateur et, le cas échéant, la cardioversion électrique durant la même séance.	997,50	12
	Note : Le code 20531 ne peut être facturé avec les codes 00460, 20582 et 20588, à la même séance.		
20546	Implantation d'un moniteur sous-cutané injectable	65,00	
20547	Exérèse du boitier d'un moniteur sous-cutané	105,00	

Note : Les actes 20546 et 20547 ne peuvent être majorés selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.

Réanimation

Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardiorespiratoire, état de choc, coma) incluant la visite, le maintien des fonctions vitales, le massage cardiaque et la ventilation et, le cas échéant, l'utilisation d'un défibrillateur, la dissection veineuse ou artérielle, la ponction artérielle, l'utilisation d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale, l'intubation endotrachéale, l'aspiration trachéo-bronchique, la mesure et l'interprétation des gaz sanguins, par médecin, quel que soit l'endroit.

09403	premier quart d'heure	82,35
09404	deuxième quart d'heure	82,35
09405	chaque quart d'heure additionnel	41,15

AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle à la réanimation.*

AVIS **:** *Voir la règle 11 du préambule général.*

Électrophysiologie

20533	Test de stimulation pharmacologique pour dépistage de pathologie génétique cardiovasculaire	183,75	4
00176	Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques (excluant les tests de stimulation pharmacologique pour dépistage de pathologie génétique cardiovasculaire) et la cardioversion électrique durant la même séance, si nécessaire (PG-23)	604,40	12

AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 19.

00248	ablation du noeud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément	251,85

00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	523,95	
	Note : Les codes 00248 et 00291 ne peuvent être facturés à la même séance.		
20199	deuxième ablation dans une cavité cardiaque différente de la première lors de la même procédure, supplément Maximum 1 Note : Les codes 00248 et 20199 ne peuvent être facturés à la même séance.	211,10	
09422	avec mapping gauche, supplément	173,20	
00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	173,20	
09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément	419,35	
	Note : Le code 09471 ne peut être facturé avec les codes 00323 et 09422.		
	Note *:* Un seul supplément peut s'ajouter au tarif anesthésique de la stimulation programmée du coeur.		
20126	Oblitération de l'auricule gauche par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme et l'approche transseptale faits le même jour (PG-23)	943,85	15
00564	Test de la table basculante, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante, sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire	155,90	
	Note : La présence continuelle du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé.		
09345	Cartographie cardiaque per-opératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire	424,05	

Cathétérisme veineux

Note : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie ou en radiologie, sauf si le code prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.

09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz	185,95	
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire		
20127	patient de moins de 2 ans (PG-28)	105,55	4
20128	si poids du patient <= 4 kg, supplément	52,80	
09305	patient de 2 ans à 16 ans (PG-28)	60,95	4
09306	patient de plus de 16 ans (PG-28)	33,25	
09307	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste, le cas échéant (PG-28)	58,20	
20200	si patient de moins de 5 ans, supplément	158,35	
20201	si patient de 5 ans à moins de 18 ans, supplément	105,55	
09308	Mise en place d'un cathéter veineux central permanent avec réservoir sous-cutané (ex. : type Infusaid ou Port-a-Cath) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance	277,70	6
09309	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	35,40	
09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (PG-28)	41,20	5
09327	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance (PG-28)	101,95	

09328	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique	106,55		
20129	Mise en place d'un cathéter veineux fémoral pour patient de moins de 14 ans (PG-23) (PG-28)	100,25		4

Diabétothérapie

09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les visites et la surveillance	131,95		
09370	Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient, maximum un par patient par période de 12 mois	98,05	98,05	
	Note : Le code 09370 ne peut être facturé par un médecin classé en médecine interne.			
	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables			
00343	Initiation ou vérification de l'insulinothérapie du patient avec un diabète de type I, un LADA ou un diabète pancréatoprive, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	45,05	61,45	
20534	Initiation ou vérification de l'insulinothérapie du patient avec un diabète insulino-traité autre que type I, le LADA ou le diabète pancréatoprive, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	45,05	61,45	
	Note : Seul le médecin spécialiste classé en endocrinologie peut facturer les codes 00343 et 20534 à l'urgence ou en hospitalisation pour les patients âgés de 18 ans et plus.			
	Note : Pour le médecin spécialiste classé en endocrinologie, le code 00343 ne peut être facturé qu'un maximum de 2 fois par semaine (du dimanche au samedi), par patient, par médecin pour les patients de 18 ans et plus hospitalisés ou à l'urgence.			

	Note : Pour le médecin classé en endocrinologie, le code 20534 ne peut être facturé qu'un maximum de 2 fois par semaine (du dimanche au samedi), par patient, par médecin pour les patients de 18 ans et plus hospitalisés ou à l'urgence. Note : Les codes 00343 et 20534 peuvent être facturés pour tout type d'insulinothérapie à l'exception de l'injection unique quotidienne d'une insuline ou d'une échelle d'insuline sans dose de base.			
00345	Installation initiale et suivi annuel de la pompe et du cathéter, par patient, par année civile (pour insulinothérapie intensive à doses multiples et variables)	263,90	263,90	
	Note : Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé. Note : Ne peut être facturé en centre hospitalier (excluant en clinique externe).			
20130	Suivi pour analyse des données et ajustement thérapeutique, le cas échéant, pour patient sous pompe à insuline	52,80	52,80	
	Note : Le code 20130 peut être facturé une fois par trimestre par patient, par médecin, pour un maximum de trois fois par année civile. Note : Le code 20130 ne peut être facturé avec le code 00345 à la même séance.			

Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)

	Dialyses péritonéales :			
00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	33,50	33,50	5
00493	installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant (PG-28)	221,65		8
00494	omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément	124,35		
00495	exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos (PG-28)	221,65		5

Hémodialyse

00419	Installation de cathéters artériels et veineux (PG-28)	178,80		5
	Révision ou réinstallation de cathéters :			
00426	cathéter artériel ou veineux (PG-28)	61,00		5
00427	cathéters artériel et veineux (PG-28)	92,75		6
00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale, par voie transcutanée, tout site (PG-28)	38,60		4
	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter :			
00336	artérielle (périphérique) (PG-28)	34,95	34,95	4
00337	veineuse (PG-28)	31,65	31,65	4
	Note : Ne peut s'appliquer pour l'hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale par voie transcutanée, tout site.			

Électroencéphalographie

1. La présente section s'applique au médecin spécialiste qui a effectué une formation spécifique en électroencéphalographie d'une durée minimale de six mois ou qui a été désigné par les parties négociantes.

AVIS **:** *À l'exception du ~~Le~~ médecin~~, autre qu'un~~ spécialiste certifié en neurologie depuis le 24 juillet 2017, le médecin doit transmettre son attestation à la RAMQ lorsqu'il~~qui~~ complète la formation spécifique en électroencéphalographie ~~après le 9 décembre 2018 doit en aviser la RAMQ en transmettant son attestation~~ à l'adresse suivante :*

Par la poste
Service du prétraitement et de l'admissibilité
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

2. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier.

Elle comprend aussi, le cas échéant, l'enregistrement et l'ensemble des actes diagnostiques faisant partie intégrante de la technique, dont notamment l'étude avec électrodes pharyngées et l'enregistrement avec électrodes sphénoïdales.

3. Lorsque l'interprétation est réalisée en cabinet privé, l'enregistrement doit avoir été réalisé dans le même cabinet privé. La rémunération inclut alors la composante technique et les frais de cabinet.

4. Lorsque l'électroencéphalogramme de sommeil est effectué avec un électroencéphalogramme de base, les deux actes sont rémunérés à 100 %.

5. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents, ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou l'autre des cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente.

00347	Électroencéphalogramme de base	26,85	63,05
	AVIS **:** *Voir le plafonnement d'activités PA 3 sous l'onglet* Règles d'application et plafonnements.		
00752	Électroencéphalogramme de sommeil	20,10	40,30
	AVIS **:** *Voir le plafonnement d'activités PA 3 sous l'onglet* Règles d'application et plafonnements.		

Enregistrement prolongé : Rapport quotidien
Interprétation quotidienne d'un enregistrement d'un électroencéphalogramme prolongé avec production d'un rapport quotidien
Maximum 1 rapport par patient, par jour.
Note : Ne peut être facturé avec aucun autre code d'électroencéphalogramme la même journée, à l'exception de 00347, 20272, 20273, 20274 et 20275.

20260	Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme pour un diagnostic, avec ou sans enregistrement vidéographique.		
	pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures	60,00	115,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 60,00)	120,00	175,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 60,00)	180,00	235,00
	AVIS **:** *Inscrire le nombre total d'heures d'enregistrement au cours de la journée.*		
20261	complexité de niveau 1 (crise non épileptique), supplément	25,00	25,00
20262	complexité de niveau 2 (électroencéphalogramme avec une anomalie épileptiforme), supplément	50,00	50,00
20263	complexité de niveau 3 (une ou plusieurs crises épileptiques), supplément	75,00	75,00
20264	Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme chez un patient aux soins intensifs, hospitalisé, à l'urgence ou à l'unité de néonatalogie, pour qui un monitoring d'électroencéphalogramme est requis, notamment pour un status épileptique ou une épilepsie mal contrôlée qui nécessite une prise de décision thérapeutique.		
	pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures	60,00	
	pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 60,00)	120,00	
	pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 60,00)	180,00	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre total d'heures d'enregistrement au cours de la journée.*		
20265	complexité de niveau 1 (activités épileptiformes, activités périodiques ou crises épileptiques), supplément	75,00	

20266	complexité de niveau 2 (status épileptique - activité ictale continue de plus de cinq minutes ou répétée, sans reprise de conscience entre les crises), supplément	100,00
20267	complexité de niveau 3 (status épileptique super-réfractaire; status qui récidive malgré un traitement d'anesthésie générale de plus de 24 heures nécessitant un ajustement thérapeutique), supplément	150,00
20268	Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme chez un patient avec une épilepsie réfractaire mal contrôlée ou chez qui l'on considère une chirurgie de l'épilepsie	
	pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures	60,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 60,00)	120,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 60,00)	180,00
	AVIS **:** *Inscrire le nombre total d'heures d'enregistrement au cours de la journée.*	
20269	complexité de niveau 1 (une ou plusieurs crises épileptiques, à un ou deux foyers), supplément	175,00
20270	complexité de niveau 2 (crises multifocales), supplément	200,00
20271	Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme avec électrode en profondeur et enregistrement vidéographique	
	pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures	150,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 150,00)	300,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 150,00)	450,00
	AVIS **:** *Inscrire le nombre total d'heures d'enregistrement au cours de la journée.*	
20272	Interprétation d'un enregistrement d'électroencéphalogramme à la demande de l'équipe traitante pour cas aigu. Maximum quatre fois par patient, par jour.	50,00

	Note : Cette interprétation ne peut être initiée par le médecin interprétant. Note : La visite de contrôle est incluse à la même séance. Note : La consultation téléphonique qui initie l'interprétation est incluse, le cas échéant. Production d'un rapport final d'un électroencéphalogramme prolongé. Note : Un enregistrement prolongé ne peut avoir d'interruption de plus de 48 heures consécutives, et doit contenir au moins deux rapports quotidiens. Note : Un rapport final ne doit couvrir que des rapports quotidiens qui ont eu lieu pendant la même hospitalisation, et qui proviennent du même examen. Note : Le rapport final est un résumé et ne doit pas inclure une relecture des électroencéphalogrammes qui ont fait l'objet d'un rapport quotidien.	
20273	pour un enregistrement comprenant 2 ou 3 rapports quotidiens.	75,00
20274	pour un enregistrement comprenant 4 à 7 rapports quotidiens.	150,00
20275	pour un enregistrement comprenant plus de 7 rapports quotidiens	200,00
	Analyse qualitative de l'électrogénèse	
20241	un hémisphère	32,40
20242	deux hémisphères	54,75
20243	Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	178,30
20244	Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopentothal)	71,30
20245	Test à l'amytal intracarotidien	68,15
20246	Test à l'amytal intracarotidien combiné au métrazol	84,95
	Monitoring per-opératoire à l'aide des potentiels évoqués sensitifs incluant le monitoring préopératoire et la disponibilité per-opératoire du neurologue dans l'hôpital	
20247	par heure	21,80
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*	
	Corticographie	
00889	un médecin	335,20
	deux médecins	

00890	neurochirurgien	158,35	
00891	neurologue ou électroencéphalographiste agréé	157,35	
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	158,35	
00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective Note : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.	335,20	
00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite Note : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurochirurgie	117,35	111,20
	Magnétoencéphalographie		
20593	Interprétation d'un tracé de 64 canaux, d'au moins 1 heure d'enregistrement, comprenant le marquage des pointes et l'analyse finale du ou des foyers épileptiques	314,65	
	AVIS **:** *Inscrire le lieu de dispensation correspondant à votre lieu de pratique principal.*		

Électromyographie, étude de conduction nerveuse et myoneurale

1. La présente section s'applique au médecin qui a effectué une formation spécifique en électromyographie d'une durée minimale de 6 mois ou qui a été désigné par les parties négociantes. Le médecin doit détenir un certificat de spécialiste en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire, en médecine interne, en neurochirurgie, en neurologie, en ORL ou en physiatrie, décerné par le Collège des médecins du Québec ou reconnu par lui aux fins de l'exercice de cette discipline.

AVIS **:** *À l'exception du~~Le~~ médecin ~~, autre qu'un~~ spécialiste en neurologie depuis le 24 juillet 2017, le médecin doit transmettre son attestation à la RAMQ lorsqu'il~~qui~~ complète la formation spécifique en électromyographie ~~après le 9 décembre 2018 doit en aviser la RAMQ en transmettant son attestation~~ à l'adresse suivante :*

Par la poste
Service du prétraitement et de l'admissibilité
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

2. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après, jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et apparaît au tarif en regard de chacun des actes.
3. Le médecin doit être présent sur place pour effectuer ou guider la réalisation de ces examens.
4. L'électromyographie est une étudeà l'aide d'électrodes insérées dans un ou plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal, tel qu'observé par un appareil à acquisition digitale. On considère que chaque muscle étudié correspond à une unité.

5. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué. On considère que chacune des conductions correspond à une unité. L'étude des conductions du membre opposé pour fin de comparaison n'est pas considérée comme une unité.

Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.

On ne peut réclamer qu'une unité de conduction nerveuse motrice et qu'une unité de conduction nerveuse sensitive par nerf. On ne peut réclamer des unités de conduction supplémentaires pour les branches de division des nerfs des membres et de la face.

6. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.

7. L'étude détaillée de la transmission neuromusculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice.

Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également. On considère que l'étude de la transmission correspond à une unité par nerf stimulé.

8. Le réflexe « H » est une analyse de la latence du potentiel tardif obtenu par stimulation antidromique d'un nerf. Elle inclura une étude du rapport des amplitudes du potentiel moteur et de ce potentiel tardif. Elle s'effectue généralement sur un ou deux nerfs. Le réflexe H correspond à une unité.

L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon. L'étude de l'onde F correspond à une unité.

9. Les réflexes trigémino-faciaux sont obtenus par stimulation du nerf sus-orbitaire d'un côté, le potentiel étant recueilli simultanément par des électrodes insérées dans les muscles orbiculaires près des yeux des deux côtés, cette manoeuvre étant répétée pour une stimulation contra-latérale du nerf sus-orbitaire selon les mêmes modalités. Les potentiels peuvent souvent aussi être recueillis au niveau d'autres muscles de la face dans cette même étude.

09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins 20 paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	149,05	149,05
20248	Étude myoneurale courte, 5 unités et moins ou pour un diagnostic confirmé et principal de mononeuropathie isolée sauf pour une atteinte du médian Maximum 2 par patient, par an	29,80	64,60
	Note : S'applique aussi dans un contexte de dépistage pour engourdissement, et ce même si l'étude requiert plus de 5 unités et si l'examen ne démontre aucune anomalie cliniquement significative.		
20249	Étude myoneurale pour diagnostic confirmé et principal de tunnel carpien uni ou bilatérale Maximum 2 par patient, par an	29,80	64,60
20250	Étude myoneurale longue, plus de 5 unités	59,60	94,40
20251	Étude myoneurale pour cas complexes de polynévrite non diabétique, polyradiculopathie, sclérose latérale amyotrophique, mononévrite multiple, plexopathie et toutes formes de maladies du neurone moteur.	89,45	124,20
	Note : La durée minimale de la technique réalisée par le médecin spécialiste au chevet du patient doit être supérieure à 30 minutes.		
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*		

Note : Les codes 20248, 20249, 20250 et 20251 sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés avec les codes 08925 et 00080.

20252 Analyse électrophysiologique des troubles de mouvement incluant l'enregistrement multicanal d'électroencéphalogramme ou d'électromyogramme pour le diagnostic d'un trouble de mouvement (tremblement, dystonie, chorée, myoclonie, trouble fonctionnel)
Maximum 1 par patient, par an — 273,25

Note : Le médecin doit être présent physiquement lors de l'examen qui doit prendre un minimum de 2 heures.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

Note : Ne peut être facturé avec une visite de contrôle le même jour.
Note : N'est payable que pour les médecins classés en neurologie désignés par les parties négociantes.

00358 Mesure du seuil thermique (ST) enregistré à partir de deux sites ipsi ou contra-latéraux. Les seuils pour la perception du chaud et du froid sont établis à chacun de ces sites.
Stimulation avec un thermode — 20,95 — 26,65

00378 Mesure du seuil de vibration enregistré à partir d'un index et d'un gros orteil. Les seuils pour la perception de la vibration sont déterminés à chacun de ces sites.
Stimulation avec un vibromètre mécanique — 12,55 — 16,00

00386 Réponses cutanées sympathiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral — 8,40 — 10,50

20253 Test quantitatif du réflexe axonal sudomoteur pour évaluer la fonction sudomotrice sympathique post-ganglionnaire chez les patients atteints de dysfonction autonomique
Maximum 1 par patient par an — 74,50

Note : N'est payable que pour les médecins classés en neurologie désignés par les parties négociantes.

00360	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une analyse avant et après tétanisation ou exercice	47,20	60,80
00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal	26,85	
00366	Réflexes trigémino faciaux	25,20	32,50
00359	Étude électromyographique chez tout enfant de 14 ans ou moins, supplément	31,45	

Électrolyse

	Supervision d'un traitement d'électrolyse		
00352	par quart d'heure	17,85	17,85
	maximum par séance	71,40	71,40

AVIS **:** *Inscrire la durée de la supervision.*

AVIS **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

----	Électrolyse des cils :	(voir appareil visuel)	

Épilation au laser

Supervision d'un traitement d'épilation au laser, à la face ou au cou, pour les cas d'hirsutisme secondaire à un trouble endocrinien documenté, ou d'hypertrichose secondaire à une tumeur cutanée sous-jacente, ou à une greffe cutanée ou d'organes solides

20202	face, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	76,35	152,75
20203	cou, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	38,20	76,35
20204	Supervision d'un traitement d'épilation au laser pour les cas d'hypertrichose, secondaire à un sinus pilonidal, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	25,45	50,95

Note : Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les codes 20202, 20203 et 20204.

Épistaxis

tamponnement nasal

20539	antérieur et postérieur	52,55	52,55	5
20540	tube gonflable	79,10	79,10	5
20541	par mèche et tampon rhinopharyngés	112,60		6

Épreuves de fonction respiratoire

(voir tarif de la médecine de laboratoire)

Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)

00805	épreuve à l'amytal carotidien unilatérale	64,00		
00806	épreuve à l'angiotensine	10,55	12,65	
00842	épreuve à la bromocryptine	10,80		
00807	épreuve cétogène, épreuve au glucagon et hypoglycémie cétogène comprise	21,10		
00808	épreuve à l'héparine (PHLA)	22,15		
00660	épreuve à l'histamine	10,30	12,15	
00368	épreuve d'exercice ischémique	1,20	1,20	
00369	épreuve au bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	37,25	37,25	
	épreuve de Kveim (sarcoïdose)			
00687	sans biopsie	1,95	2,35	
00688	avec biopsie	12,55	15,30	
00810	épreuve de Pak	11,60	13,70	
00415	épreuve de traction cervicale graduée, sous surveillance médicale, incluant les visites au cours de l'épreuve	123,50		
09324	test au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les visites, la surveillance médicale et l'interprétation	37,15		
00666	étude du taux de sécrétion d'aldostérone	10,80	10,80	
00667	étude du taux de sécrétion de COF	13,00	13,00	
00396	épreuve à la sécrétine (intestins)	24,50	24,50	
00395	épreuve à la fluorescéine (intestins)	23,95	23,95	
09326	étude dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	194,55		4
00397	épreuve à l'insuline (Hollander)	17,95	17,95	

00398	épreuve de stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	18,60	21,85	
00393	épreuve de provocation biliaire à la cholécystokinine	5,00	5,00	
00394	épreuve au Tensilon (incluant l'injection)	33,25	33,25	
20214	épreuve à la prostigmine pour éliminer myasténie (incluant l'injection)	90,00	90,00	4
20205	épreuve diagnostique de contact à la glace dans l'évaluation de la myasthénie	20,00	20,00	
00761	épreuve de tolérance au glucose (toutes doses) par voie orale ou intraveineuse (inclut la(les) mesure(s) de glucose prévue(s) au protocole) Note : Ne peut être facturé que par un médecin spécialiste classé en biochimie médicale.	10,55		
20131	épreuve de tolérance au lactose par voie orale Note : Les codes 00761 et 20131 incluent l'élaboration et la mise à jour du protocole du centre de prélèvements, le support médical et l'interprétation/validation.	10,55		
00399	technique d'électro-éjaculation pour patient avec lésions neurologiques incluant tous les services rendus à la même séance	319,40		
00348	test respiratoire à hydrogène	18,15		
09417	test à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	16,35		
00711	test de stimulation endorphinique incluant les visites et la surveillance	50,00		
20086	oxymétrie transcutanée uni ou multi sites et son interprétation, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par Doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle Doppler avec provocation	45,10		

Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées

00121	mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les visites des premières 48 heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse	263,90	263,90	4
20132	initiation et vérification d'un traitement par une substance hormonale ou peptidique autre que l'insuline administrée par voie parentérale, sauf la voie transdermique Note : Le code 20132 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par année civile.	42,20	42,20	

Examens vestibulaires

20133	Examen vestibulaire clinique complet (uni ou bilatéral) incluant le Dix-Hallpike	21,10	21,10	
20134	manoeuvre thérapeutique de repositionnement vestibulaire (toutes techniques), supplément	26,40	26,40	

Note : Ne peuvent être facturés que par un médecin spécialiste classé en oto-rhino-laryngologie ou en neurologie.

Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport

00738	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard	12,60	22,75	
00739	épreuves positionnelles	12,80	23,60	
00740	épreuves de la poursuite	12,05	22,15	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	12,80	23,60	
00741	épreuves cervicales	12,80	23,60	
00743	épreuves optocinétiques	12,80	23,60	
00742	épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie) avec utilisation d'une chaise rotatoire	12,80	23,60	

Note : Ne peuvent être facturés par un médecin classé en neurologie.

Extraction

00407	Extraction de bague, acte compliqué	42,20	42,20	4

00410	Extraction de fécalome volumineux (PG-28) Note : Ce service médical est permis lorsqu'une approche chirurgicale et/ou endoscopique est requise soit par sa localisation, soit par des contre-indications cliniques ou après échec d'une désimpaction digitale par un autre professionnel de la santé.	73,90	88,65	4
00791	Extraction d'un corps étranger des amygdales	35,05	35,05	4
20542	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx	58,40	58,40	4

Gastro-entérologie

Malgré la Règle 8 du Préambule général , si une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance, celle qui comporte l'honoraire le moins élevé est payable à 90 %.

Endoscopie gastro-entérologique :

Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois :

00691	Diagnostique (PG-23) (PG-28)	81,50	81,50	5
20135	Diagnostique réalisée à la salle d'urgence, à l'unité des soins intensifs, à l'unité coronarienne, à l'unité de néonatalogie, à l'unité de traumatologie ou à l'unité des grands brûlés	102,35		5
20087	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	7,60	7,60	
20136	résection de la muqueuse par anse diathermique et succion à l'aide d'un capuchon transparent ou ligature élastique, supplément	134,70		
20137	ablation de la muqueuse de Barrett à l'aide d'une sonde spécialisée et d'un générateur de radiofréquence, supplément	242,50		
00874	avec dilatation de sténose par ballonnet ou bougirage ou extraction de corps étrangers ou exérèse d'un ou plusieurs polypes avec serre-noeud ou fulguration de la muqueuse ou injections de substances sclérosantes ou Botox ou Histoacryl ou ligature varicielle endoscopique ou coagulation ou « clip » de lésion hémorragique ou de lésion vasculaire, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	76,05	76,05	

00562	dilatation d'une ou plusieurs sténoses, par ballonnet ou bougirage, effectuée sous fluoroscopie, supplément (PG-28)	101,85	101,85	
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément (PG-23)	18,15	18,15	
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une ou plusieurs, supplément	120,55	120,55	
00390	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, temps endoscopique, supplément (PG-28)	87,00		
00391	temps chirurgical effectué par un autre médecin spécialiste	60,20		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	18,15		
00548	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	61,40		
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant	72,35		
20138	Étude de déglutition sous vidéoendoscopie à laquelle participe un orthophoniste, un ergothérapeute ou un diététiste	131,95		
20040	Oesophagoscopie rigide incluant la biopsie, le cas échéant (PG-23)	154,25		5
00877	exérèse de corps étranger par oesophagoscopie rigide, supplément (PG-23) Note : Le code 00877 ne peut être facturé avec le code 00874 par le même médecin.	112,15		
09374	Cholédochoscopie transfistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	134,70		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastroscopie	184,75	184,75	6
20088	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	18,65	18,65	
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	89,00		

09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion transendoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duoénoscopie inhérente à la technique (PG-28 pour chirurgien général seulement)	282,60		5
20089	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	30,25		
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses ou lithotripsie d'un ou plusieurs calculs biliaires à l'aide d'un appareil à lithotripsie mécanique endoscopique, supplément	97,80		
	Note : Le code 00364 est facturable avec les codes 09374, 00692 et 09337.			
20090	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	10,00		
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
	Note : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.			
00697	Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	178,25	178,25	4
	Coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie avec résection de polypes en un ou plusieurs fragments, incluant l'injection sous-muqueuse, la cautérisation et toute technique hémostatique au site de résection (PG-28)			
20277	1 à 3 polypes	238,45	238,45	4
20278	4 à 7 polypes	290,35	290,35	4
20279	8 à 10 polypes	353,25	353,25	4
20280	11 polypes et plus	400,00	400,00	4
20281	si polype(s) de plus de 4 cm	445,00	445,00	4
	Note : Ce code ne s'applique que si la procédure a une durée minimale de 45 minutes et que si le matériel pathologique est récupéré.			
	AVIS **:** *Pour le code de facturation **20281**, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*			
	Note : Les codes 00697 et 20277 à 20281 ne peuvent être facturés avec le supplément 00749.			

	Note : Les codes 20277 à 20281 sont mutuellement exclusifs.			
20091	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	23,10	23,10	
00700	Coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	104,50	104,50	4
00703	Coloscopie du côlon descendant (PG-28)	67,60	67,60	4
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	43,10	43,10	4
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	42,30	42,30	5
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	60,20	60,20	
	chaque polype additionnel maximum dix (10) polypes excisés	15,40	15,40	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de polypes.*			
20092	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	7,50	7,50	
20042	Coloscopie avec recherche de dysplasie colique associée à une maladie inflammatoire de l'intestin (MII), et/ou à une cholangite sclérosante toutes techniques, incluant les biopsies	284,50	284,50	4
	Note *:* Ce service médical inclut la coloscopie jusqu'au caecum ou anastomose iléo-colique chez un patient dont la maladie inflammatoire de l'intestin (MII) ou la cholangite sclérosante le prédispose spécifiquement à la dysplasie colique. La coloscopie doit être combinée avec l'une des méthodes reconnues efficaces pour la détection de la dysplasie. La facturation des biopsies ciblées est incluse dans le tarif.			
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie (colique ou iléale), supplément	17,80	17,80	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire sauf au site d'une résection de polypes au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	60,20	60,20	
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	120,55	120,55	

20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	43,10	43,10	
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation (PG-28)	16,85	16,85	4
00636	avec biopsie unique ou multiple (PG-28)	26,35	26,35	4
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie (PG-28)	59,95	59,95	4
	chaque polype additionnel (maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	10,15 131,00	10,15 131,00	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de polypes.*			
20036	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney, Barron et Al, avec ou sans anuscopie, par séance	81,25	81,25	5
20037	si rectosigmoïdoscopie, supplément	16,55	16,55	
	Oesophage			
20093	lecture et interprétation d'un tracé de manométrie oesophagienne	29,65		
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures	81,50	81,50	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	43,50		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	126,25		
00571	pH oesophagien pour reflux	22,40	22,40	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	21,45	21,45	
00563	cardiomyorrhexie	102,45	102,45	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (PG-28)	23,30	23,30	4
00574	supervision par jour	11,65	11,65	
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	94,15		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée, par voie jugulaire ou par voie sous-clavière	107,75		

	Cathétérisme sus-hépatique par voie trans-jugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	79,15		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	78,00		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	126,20		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	106,95		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	116,35		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	84,85		
20094	Lecture et interprétation d'un tracé de manométrie anorectale	28,80		
20038	Biofeedback du système anorectal, supervision de la technique et interprétation	70,65		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I. C. G. (indocyanine green)	74,30		
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	473,30		15
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat)	81,50		
20139	Élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (Fibroscan) Maximum 1 fois par patient, par année civile	32,30		
	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 Note : L'acte codé 20043 est facturable une fois par année, par patient.	172,15	172,15	
	Entéroscopie par simple ou double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale			
20044	entre 50 cm et 100 cm	210,30		6

20045	plus de 100 cm	300,50		6
20046	biopsie unique ou multiple, supplément	18,00		
20047	exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément	48,00		
	chaque polype additionnel maximum dix (10) polypes excisés	12,00		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de polypes.*			
20048	avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément	42,10		

Hémofiltration

	Hémofiltration veino-veineuse continue			
20140	3 premiers jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	300,00		
09382	3 premiers jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	235,25		
20141	après 3 jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	168,05		
09383	après 3 jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	123,45		
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1er jour	194,50		
09427	2e jour	97,30		
09428	3e jour	92,60		
09429	par jour subséquent	48,65		
	AVIS **:** *Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.*			
00844	Hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause)	193,40		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	8,35		
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	171,25	193,30	6
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	61,00	61,00	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	57,85	57,85	4

Injections

00430	injection de médicament ou de substance thérapeutique dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	14,90	17,85
20095	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	3,70	4,45
20142	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	21,10	29,15
20143	injection(s) intralésionnelle(s) unique ou multiples de corticostéroïdes ou d'agents de chimiothérapie ou injections intramusculaires de corticostéroïdes ou de pénicilline pour maladies dermatologiques ou administration de vaccins	5,10	5,10
20049	injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28)	29,25	29,25
20050	si guidée par échographie ou EMG, supplément (PG-28) Maximum 1 par patient, par 4 mois pour les codes 20049 et 20050.	40,90	
20206	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales et de points gâchettes excluant la céphalée	27,85	27,85
20144	injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhidrose palmoplantaire, par paume ou par plante Maximum 4 séances par patient, par année civile ***AVIS*** **:** *Voir la règle 8.5 du préambule général*.	50,95	50,95
20174	injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhidrose autre que pour les régions palmoplantaires, par région Maximum 4 séances par patient, par année civile Note : Une région anatomique bilatérale est considérée comme une seule région.	25,00	25,00
20145	injections multiples bilatérales de toxine botulinique pour les personnes souffrant de migraines chroniques (plus de 15 jours, par mois) après échec à au moins 2 agents antimigraineux préventifs, minimum 18 injections, par séance	78,65	78,65

20146	injections intramusculaires de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie crânienne (Blépharospasme ou Meige, dystonie de la mâchoire, dystonie des muscles faciaux, dystonie de la langue), dystonie cervicale ou de tics dystoniques	74,50	74,50	4
	injections intramusculaires de toxine botulinique pour le traitement de la spasticité ou dystonie des membres supérieurs ou inférieurs			
20255	traitement pour 3 muscles et moins avec repère anatomique seulement	74,50	74,50	4
20147	traitement pour 4 muscles et plus avec repère anatomique seulement	95,00	95,00	4
20254	Sous guidage d'électromyographie, échographique, d'électrostimulation, supplément	29,80	29,80	
	Note : Ne peut être facturé qu'avec les codes 20255 et 20147.			
20148	injections intramusculaires multiples de toxine botulinique pour bruxisme et dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, sous guidage électromyographique	158,35	158,35	4
	Note : Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie.			
00554	injections unilatérales ou bilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial ou séquelles de paralysie faciale (PG-28)	75,00	75,00	
	Note : Les codes 20145, 20146, 20255, 20147 et 00554 sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par patient, par jour.			
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée ou pharyngée (PG-28)	133,00	133,00	5
00431	injection de médicament ou de substance thérapeutique dans une bourse séreuse, un kyste synovial ou une articulation incluant, le cas échéant, aspiration préliminaire			
	(maximum 3)	12,20	14,50	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'injections.*			
20096	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	2,90	3,50	

20149	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	21,10	29,15	
00429	injection de médicament dans les cornets du nez	19,55	20,50	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatéral	31,95		4
00432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique	31,65	31,65	
	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
00816	cavernographie	10,30	12,15	
00443	hystérosalpingographie	27,45	30,60	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	28,50		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	24,05		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie)	120,80	120,80	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	38,80	45,10	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	109,55	109,55	8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	57,65	57,65	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclérosante pour hémorroïdes	9,50	11,45	
	Injection de l'articulation temporo-mandibulaire			
00201	médication ou substance thérapeutique intra-articulaire	26,95	26,95	
00228	médication sclérosante	52,80	52,80	
00734	Supervision de l'administration de chimiothérapie	22,25	22,25	
	Note : Ne peut être facturé par un médecin spécialiste en hémato-oncologie médicale			
	Injection intra-abdominale (chimiothérapie)			
00470	la première injection	34,95	34,95	
00472	chacune des injections subséquentes à la même séance	16,60	16,60	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'injections.*			
	Injection intrapleurale (chimiothérapie)			
00475	la première injection	52,80	52,80	

00476	chacune des injections subséquentes à la même séance	26,40	26,40	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'injections.*			
00480	Injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée)	15,85	15,85	4
	AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Injection de phénol ou d'alcool.**			
00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	45,45		
00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percutané transabdominal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse (ne peut être facturé pour une ponction abdominale pour fins diagnostiques)	165,65		5
20176	Initiation ou vérification du traitement par médication injectable (agents biologiques, anti- diabétiques autres que l'insuline, agents rémitifs injectables dans les cas de maladies inflammatoires intestinales et articulaires, agents de protection osseuse et autres immunomodulateurs), excluant l'insulinothérapie, la chimiothérapie ainsi que l'anticoagulothérapie (héparine à faible poids moléculaire) ainsi que l'antibiothérapie, pour patient vu en cabinet privé ou à la clinique externe seulement. Maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile (pour spécialiste en médecine interne seulement)	42,20	42,20	

Insufflation gazeuse

00497	pneumomédiastin	17,20	17,20	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	10,20	10,20	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	26,35	26,35	
00505	pneumothorax thérapeutique amorce	17,45	17,45	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation	12,15	12,15	
	traitement de pneumothorax			
00615	ponction évacuatrice (PG-28)	29,15	29,15	
00616	aiguille et drainage continu (PG-28)	51,20	51,20	

Intubation endotrachéale

00518	Intubation endotrachéale toutes méthodes (PG_23) (PG-28) Note : Facturable en hospitalisation et en salle d'urgence. Sont exclus les soins intensifs, les soins intensifs pédiatriques et néonatals. (Cette exclusion ne s'applique pas jusqu'au 31 décembre 2028, à moins d'avis contraire des parties négociantes) Note : Les codes 00518 et 00519 sont mutuellement exclusifs.	75,45	

Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx

	avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale		
00519	directe (PG-23) (PG-28) Note : Les codes 00519 et 00518 sont mutuellement exclusifs.	75,45	4
00511	à suspension (PG-23)	109,45	5
00512	au microscope (PG-23)	146,75	5

Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant

00515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23) (PG-28)	194,95	15
00516	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	174,60	
20594	avec canulation de fistule trachéo-oesophagienne, supplément (PG-23)	169,80	
20150	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	52,80	
00878	avec cryothérapie ou électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	160,20	
20151	avec thermoplastie bronchique, supplément	105,55	
00879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	177,60	

00880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	168,25		
00881	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	160,20		
20016	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	160,20		
00882	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	105,55		
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie			
00547	chaque quart d'heure additionnel, supplément	36,85		
	AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de la procédure*.			
00799	Trachéoscopie rigide (PG-23) (PG-28)	125,95		4
	Note : Le code 00799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.			
20051	Changement de canule trachéale sauf pour patient porteur d'une laryngectomie totale	35,05	35,05	
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23) (PG-28)	154,05		5
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	20,95	20,95	
00523	Manipulations vertébrales	17,85	20,90	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques à l'exception de la cheville, sans anesthésie	13,25	15,35	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG-28)	126,85	126,85	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	48,45	58,05	

Neurochirurgie

	Drainage			
00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire)	155,15		5
00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	309,75		7
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps	369,40		12
00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	243,80		7

	Ponction sous-durale			
00664	unilatérale	48,80		
00665	bilatérale	69,10		
00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant	29,40	29,40	6
	(ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)			
00668	Trépanation simple	108,70		8
00663	Ligature sous-cutanée d'un drain ventriculo-péritonéal	155,15		8

Neurologie

20152	Étude de la réponse à la lévodopa, incluant au moins 2 examens UPDRS III (dont 1 en phase OFF et un en phase ON) chez un patient atteint de parkinsonisme	31,45	31,45	
	Note : Le code 20152 peut être facturé une fois par jour, par patient, pour un maximum de 3 fois par patient, par année civile.			
20256	Initiation d'un traitement par infusion de la maladie de Parkinson à un stade avancé , par patient, par jour, incluant les visites d'évaluations initiales pré et post installation de la pompe à infusion effectuées le même jour par le même médecin	149,05		
	Note : Chaque traitement peut être facturé jusqu'à un maximum de 6 jours consécutifs et ne peut être répété qu'une fois à au moins un mois d'intervalle par patient, à vie			
20537	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans la maladie de Parkinson, la dystonie, l'épilepsie ou tremblement essentiel après implantation d'une électrode cérébrale profonde	325,80	325,80	
	Note : Ne peut être facturé qu'une fois par patient, par 5 ans			
20208	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément	167,15		
	Note : Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie.			

20538	Ajustement subséquent du stimulateur intracérébral avec évaluation de la réponse clinique Maximum 12 par patient, par an	111,90	111,90
20209	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément Note : Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie. Note : Les codes 20537 et 20538 ne peuvent être facturés le même jour, pour le même patient.	81,20	
20153	Vérification des variables du stimulateur Maximum 2 fois par patient, par année	26,25	26,25
	Thrombolyse intraveineuse lors d'un accident vasculaire cérébral		
20258	mise en marche et surveillance au chevet du patient lors de l'administration de la médication thrombolytique, incluant les visites et les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance, à l'exception de la première visite et des codes 09403, 09404, 09405 et 20259 Maximum 1 par patient, par jour Note : Le code 20258 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général. ***AVIS*** : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*	149,05	
20259	ensemble de soins médicaux nécessaires lors d'une surveillance au chevet du patient pendant une thrombectomie à la suite d'un accident vasculaire cérébral aigu jugé instable, par 30 minutes Maximum 2 par patient, par jour Note : Le code 20259 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général. Note : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique ni aucune visite ne peuvent être facturés à la même séance, par le même médecin, à l'exception de la première visite effectuée pour diagnostiquer l'accident vasculaire cérébral aigu et le code 20258.	99,35	
20183	téléthrombolyse : assistance médicale par contact vidéo, avec le patient et le médecin au chevet, pour la prise de décision de procéder à la thrombolyse, ainsi que la disponibilité durant l'administration de la médication thrombolytique.	314,65	

Note : Le code 20183 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général.

AVIS **:** *Inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.*

Obstétrique-Gynécologie

09300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance (PG-28)	105,55	105,55	
20215	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1 000 cc et plus, incluant la visite à la même séance	211,10	211,10	
00109	Amnioscopie	26,20	26,20	
	Exérèse (unique ou multiple)			
06178	Polypectomie cervicale	25,00	25,00	5
	Biopsie (unique ou multiple)			
	Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.			
	AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie non reliée à l'acte opératoire**.			
00171	clitoris (PG-28)	38,00	38,00	4
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux (PG-28)	7,90	9,50	4
00177	endomètre (PG-28)	40,00	40,00	4
00186	glande de Bartholin (PG-28)	15,40	18,25	4
00188	grande lèvre (PG-28)	16,70	19,85	4
00245	vagin ou vulve (PG-28)	23,75	28,50	4
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	Note : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
09467	ovaire	100,00		4

00354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	158,35		4
00817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	158,35		5
09329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non (PG-28)	75,00	75,00	4
20154	Exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	35,00	35,00	4
06398	Mise en place d'implants sous-cutanés de progestérone (PG-28)	114,00	114,00	4
06399	Exérèse d'implants de progestérone (PG-28)	136,70	136,70	4
20017	Installation d'un dilatateur ou d'un pessaire Note : Maximum 6 par année, par patient	52,80	52,80	4
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse (PG-28)	211,10		4
20052	Foetoscopie pour cautérisation au laser des anastomoses vasculaires dans les syndromes transfuseurs transfusés incluant la visite, l'échoguidance et l'amnioréduction (PG-28)	949,95		8
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le foetus, sous contrôle échoscopique (PG-28)	272,80		
	Soins médicaux prodigués par un obstétricien-gynécologue dans un centre hospitalier de soins tertiaires, dans une unité mère-enfant, à la suite d'une chirurgie ex utéro intrapartum, par jour, par patiente :			
	Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents			
20053	1er jour (journée de la chirurgie ex utéro intrapartum)	316,65		
20054	2e au 5e jour (par jour)	237,50		
20055	6e au 10e jour (par jour)	105,55		
20056	11e au 15e jour (par jour)	79,15		
20276	Interprétation d'un test de réactivité foetale pour une patiente non en travail Note : Maximum de 3 par patient, par jour	5,30		

Ophtalmologie

Note : Selon la Règle 8.3 du Préambule général, le service médical Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture (code 20059) est payé au tarif régulier lorsque exécuté lors d'une même séance qu'une autre procédure.

Oeil
(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)
Biopsie (unique ou multiple)

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Biopsie (unique ou multiple), *utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie non reliée à l'acte opératoire.**

00174	conjonctive, par oeil	61,80	61,80	4
00206	orbite, par oeil	77,00	77,00	4
00214	paupière ou sourcil, par oeil	20,50	24,80	4

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Champ visuel*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**, *sauf pour les codes de facturation* **00623 et 00727**.

Champ visuel

Note : L'interprétation de l'examen doit être effectué à l'endroit où l'examen a été réalisé, soit en établissement, soit en cabinet.

Étude limitée du champ visuel, central ou périphérique, technique statique ou cinétique, avec enregistrement permanent au dossier
(une seule variable ou sans quantification détaillée de chaque point étudié)

un oeil

00612	interprétation	10,70	21,40	

	deux yeux		
00623	interprétation	16,20	32,40
	Étude détaillée du champ visuel, central ou périphérique, technique statique ou cinétique, avec enregistrement permanent au dossier (plusieurs variables avec ou sans quantification détaillée de chaque point étudié)		
	un oeil		
00649	interprétation	14,90	29,80
	deux yeux		
00727	interprétation	23,15	46,30
	Note : Lors d'une même séance, un seul type de champ visuel peut être facturé à chaque oeil. Note : Le médecin ne peut pas facturer l'interprétation d'un champ visuel fourniepar un autre médecin ou par un optométriste.		
00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	56,40	56,40
00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	36,95	40,90
00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	35,95	35,95
00520	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de Vert d'Indocyanine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	56,15	56,15
00541	Examen complémentaire d'un patient avec déficience visuelle	101,15	101,15
	Maximum 1 examen par 12 mois Note : Cet examen s'applique si la vision corrigée au moyen de lentilles conventionnelles est égale ou inférieure à 6/12 dans le meilleur œil et qu'il y a incapacité significative et persistante sur le plan visuel. Cet examen doit comprendre un questionnaire détaillé pertinent, l'examen incluant l'enregistrement de l'acuité visuelle à l'aide de systèmes optiques spéciaux ou d'appareils remplissant les mêmes fins, les recommandations et la prescription du traitement sous forme d'aides visuelles, si appropriée.		

00546	Ophtalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier)	16,95	20,30
	Bilan orthoptique :		
00579	Interprétation ou enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie, d'amblyopie et du suivi postopératoire de strabisme (Minimum de trois (3) positions chez les patients de 6 ans et plus).	40,00	48,00
	• Note : Le minimum de 3 positions n'est pas requis pour les patients de moins de 6 ans.		
20257	Interprétation et enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotropie et d'amblyopie chez un patient de plus de 17 ans (minimum de trois (3) positions)	40,00	48,00
	Note : Le code 20257 ne peut être facturé dans les 90 jours suivant une chirurgie des muscles oculaires (codes 07210, 07211, 07212, 07213, 07279, 07283 et 07377).		
	Note : Le code 20257 n'est payable qu'aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes.		
	• Note : La recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions, PPC et la mesure des déviations dans moins		
	• de trois positions est incluse dans le tarif de la visite de même que la mesure des hétérophories.		
	AVIS **:** *Voir le plafonnement d'activités* PA 17 Ophtalmologie *sous l'onglet* Règles d'application et plafonnements.		
	Mesure de la longueur axiale de l'oeil - toutes techniques (optique ou échographique) et biométrie		
20057	1 oeil	14,85	28,35

20058	2 yeux	24,70	44,90
00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	22,25	27,20
00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale	20,20	24,70
	Imagerie ophtalmique		
00553	Rétinophotographie : photographie faite pour documenter une condition du pôle postérieur en vue d'en assurer le suivi dans le temps Note : Le code 00553 ne s'applique pas pour les photos de dépistage ou de télédépistage.	10,00	16,95
20216	Interprétation des photos du fond d'œil pour le dépistage de la rétinopathie chez un patient diabétique dans le cadre du Protocole d'accord relatif au programme de dépistage de la rétinopathie diabétique Maximum 1 par patient par 12 mois Note : Le code 20216 est réservé à des médecins et à un programme de dépistage reconnus par les parties négociantes.	10,00	10,00
	Tomographie par cohérence optique (OCT), uni ou bilatérale		
20099	Maladies rétiniennes excluant les cas prévus par la Lettre d'entente n° 183 Maximum de 6 examens, par année civile	15,00	
20100	Nerf optique Maximum de 2 examens, par année civile	15,00	
20101	Segment antérieur Maximum de 2 examens, par année civile Note : Un seul de ces actes peut être facturé lors d'une même visite. Note : Le code 20099 et les codes 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059 et 07060 sont mutuellement exclusifs.	15,00	
20102	Tomographie rétinienne Heidelberg (HRT), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,00	
20103	Ophtalmoscopie confocale par balayage laser (GDx), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,00	

00643	Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant. Note : Le code 00643 est payable aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière ou qui, au 1er octobre 2004, avaient développé une compétence spécifique à cet égard.	169,25	451,30	
	Microscopie spéculaire			
00577	étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	9,90	12,40	
20059	Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture ***AVIS*** **:** *Voir la règle 8.3 du préambule général.*	101,15	101,15	
00819	Courbe de tension oculaire, incluant visites et tonométries répétées (minimum quatre)	112,40	112,40	
00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (45 à 60 minutes)	7,85	12,35	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	62,05	62,05	
09336	Tests aux collyres : instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydroxyamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	33,70	33,70	
00860	Examen oculaire (funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées) sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour	248,20		6
20155	Examen oculaire sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour, fait par un ophtalmologiste collaborateur à la demande du chirurgien traitant Note : Les codes 00860 et 20155 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour, par le même médecin, à l'exception du code 09168.	165,00		6

00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale Note : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical au même oeil.	42,15	47,15	5
00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale Note : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical, au même site.	33,85	33,85	4
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***00744*** *et* ***00486****, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.			
20217	Injection sous conjonctivale unilatérale d'agent antifibrotique	51,00	51,00	5
	AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.			
	Note : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil. Note : Cet acte ne peut être facturé avec le code 00486 au même œil.			
09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, pour pathologie ophtalmologique avec trouble fonctionnel documenté, une ou plusieurs Note : Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie.	61,80	74,15	4
	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
00436	dacryocystographie, unilatérale	29,45	29,45	4
	Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu)			
00607	Dépressurisation du globe oculaire par une pression sur une plaie cornéenne déjà présente (« burp »)	5,00	10,00	
00656	Paracentèse de la chambre antérieure par insertion d'une lame ou d'une aiguille en créant un nouveau site d'entrée pour diminuer la pression oculaire ou faire un prélèvement. Note : Les codes 00607 et 00656 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par jour, pour le même oeil.	63,00	63,00	

Note : Les codes 00607 et 00656 ne peuvent s'ajouter à un acte chirurgical le même jour, par le même médecin, pour le même oeil.
Note : Le code 00607 ne peut être facturé avec le code 00656 le même jour, pour le même oeil.

Oxygénation extracorporelle (ECMO)

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin pour tous les codes de facturation de la section* Oxygénation extracorporelle.

Inscrire l'heure de début pour tous les services facturés le même jour qu'un code de facturation de la section Oxygénation extracorporelle*, et ce, pour tous les patients*.

Ces codes incluent tous les services médicaux effectués par le médecin spécialiste pour ce patient, pendant la durée des services, sauf les forfaits de prise en charge du patient de l'Annexe 29 et les soins de ventilation. Ces codes ne peuvent être facturés avec le code 00080 à la même séance.

00803	Consultation préalable à l'installation d'ECMO, incluant révision du dossier, évaluation des indications et contre-indications, planification de la mise en fonction et du plan de traitement avec documentation au dossier, incluant, le cas échéant, la surveillance et le maintien des fonctions vitales pendant l'installation et la mise en fonction du support extracorporel. Note : Ne peut être facturé si l'oxygénation extracorporelle n'est pas débutée par la suite pour ce patient. Note : Le médecin spécialiste qui se prévaut de l'honoraire du forfait de prise en charge du patient de l'annexe 29, pour ce même patient, ne peut se prévaloir du code 00803.	463,70

00897	Installation et mise en fonction du support extracorporel	529,85
00898	Intervention médicale auprès du patient dans le but d'ajuster les paramètres de maintien du support extracorporel, incluant l'évaluation de la condition du patient, les évaluations paracliniques et les ordonnances, le cas échéant, par période de 15 minutes continues. Note : Une note doit être consignée au dossier. Note : Le médecin spécialiste doit être présent à l'unité des soins intensifs.	34,80
00856	Intervention téléphonique initiée par un professionnel de la santé dans le but d'ajuster les paramètres de maintien du support extracorporel Note : Ne peut être facturé par le médecin lorsqu'il est présent à l'unité de soins intensifs. Note : Maximum de 4 interventions par période de 24 heures, par patient.	17,40
00899	Décanulation/cessation du support extracorporel	463,70

Hypothermie

20177	Emploi d'hypothermie modérée thérapeutique post arrêt cardiorespiratoire Note : L'acte codé 20177 ne peut être facturé plus d'une une fois par patient, par jour, par centre hospitalier.	316,65

Pléthysmographie

	Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance :	
	étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs	
09385	interprétation	10,50
09386	technique et interprétation	34,35
	Oculopléthysmographie (2 yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :	
09387	interprétation	11,10
09388	technique et interprétation	34,95
	Photopléthysmographie :	

	Étude des flots avec enregistrement graphique :		
	flots supra-orbitaires :		
09389	interprétation	10,55	
09390	technique et interprétation	22,95	
	flots digitaux, un ou plusieurs doigts :		
09391	interprétation	10,90	
09392	technique et interprétation	22,95	
	mesure du reflux veineux bilatéral :		
09393	interprétation	11,65	
09394	technique et interprétation	29,75	
	Pneumopléthysmographie segmentaire :		
	Enregistrement du volume du pouls à au moins 4 niveaux des 2 membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins 6 niveaux des 2 membres inférieurs et interprétation du tracé au repos :		
09395	interprétation	10,90	
09396	technique et interprétation	34,95	
	à l'effort :		
20218	interprétation	11,10	
09397	technique et interprétation	34,35	
	Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts :		
	mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre		
09398	interprétation	10,90	
09399	technique et interprétation	57,65	
	Capillaroscopie péri-unguéale, par séance :		
00353	technique et interprétation	45,45	54,50
	Note : Le code 00353 est facturable une fois par patient, par année civile.		
	Pneumopléthysmographie pénienne		
	Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques		
00137	interprétation	10,55	
00138	technique et interprétation	56,85	

Phoniatrie

	Les actes énumérés dans la présente section sont payables aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie		
09341	Sonographie	17,70	29,55
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal) Note : Ne peut s'ajouter à un autre procédé diagnostique et thérapeutique lors de la même séance à l'exception du code 09343.	90,15	95,20
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure) ***AVIS*** **:** *Inscrire :* *- la durée de la rééducation;* *- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*	34,80	43,05
00467	Test d'insufflation pour laryngectomisé (test de Taub)	33,65	37,10

Photodynamie

20060	Supervision d'une thérapie photodynamique excluant l'exposition à la lumière du jour (Daylight) pour le traitement des carcinomes spinocellulaires ou basocellulaires et des kératoses actiniques multiples (10 lésions et plus) sur un même site, après échec à 2 autres modalités de traitement, dont 1 traitement topique régional dans la dernière année. Note : Un site est défini comme suit : tête et cou, membres supérieurs ou membres inférieurs. ***AVIS*** **:** *Voir la* Règle d'application n° 22	60,65	86,60

.

Photothérapie

00820	Supervision d'un traitement de photothérapie ***AVIS*** **:** *Voir la* Règle d'application n° 22.	4,55	17,65

Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)

00582	abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques (PG-28)	11,60	11,60	4
	Administration de chimiothérapie incluant évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique :			
00583	première injection	33,15	33,15	
00603	chaque injection subséquente à la même séance	26,75	26,75	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'injections.*			
00585	artérielle pour prélèvement sanguin ou pour mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (PG-23) (PG-28)	41,00	41,00	
20156	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23)	52,80		
	Note : L'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut la ponction de sang artériel dans le cathéter. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie ou en pneumologie.			
00253	Ponction articulaire ou de la bourse séreuse ou d'un kyste synovial (PG-28)	14,90	14,90	4
00235	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (PG-28)	57,00	76,75	4
20097	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	14,25	19,20	
09402	Recherche de cristaux (pour rhumatologue seulement)	45,00	60,45	
00592	ganglion, un ou plusieurs (PG-28)	17,20	19,40	
00594	kyste mammaire	17,95	21,35	
	lombaire			
00596	avec ou sans épreuve manométrique, (PG-23) (PG-28)	110,85	110,85	4
20595	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23) (PG-28)	52,80		
	avec ou sans épreuve manométrique, avec injection intrathécale de médicaments			
00593	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28)	160,00	160,00	4
00595	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28)	259,25	259,25	4

00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	156,35		
	multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire			
20507	chez le donneur	572,70		5
	AVIS **:** *Le code de facturation **20507** est payable par la Régie même si le prélèvement ne vient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*			
20508	par autogreffe	572,70		5
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise (PG-28)	36,95		
00598	périnéale et insufflation gazeuse	27,20	27,20	4
09418	pleurale, sous guidage, le cas échéant (PG-28)	166,00	166,00	4
20596	réservoir (dérivation ou Omaya) pour retrait de liquide céphalo-rachidien	60,30		8
00604	saignée Note : Ne peut être facturé par un médecin classé en gastro-entérologie	5,00	6,00	
00605	splénique (aspiration et manométrie)	62,55	62,55	4
00751	veine fémorale ou jugulaire (PG-23) (PG-28) Note : Ne peut être facturé par un médecin classé en néphrologie	16,60	16,60	
00611	vessie (PG-23) (PG-28)	52,80	52,80	

Potentiels évoqués

Les potentiels évoqués auditifs sont payables aux spécialistes détenant un certificat en oto-rhino-laryngologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

Les potentiels évoqués cortical ou dorsal sont payables aux spécialistes détenant un certificat en neurologie ou en neurochirurgie.

Les potentiels évoqués visuels sont payables aux spécialistes détenant un certificat en ophtalmologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

	Audiométrie par potentiel évoqué auditif (patient de 6 ans ou moins)			
09423	interprétation et technique de procédé (PG-28)	49,20	56,95	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation nerveuse périphérique (PG-23)			
00208	pour 2 membres	31,45	41,95	
00209	pour 4 membres	57,70	78,65	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical à partir de stimulation nerveuse périphérique :			
00210	des nerfs trijumeaux (PG-23)	33,80	44,95	
00216	des nerfs honteux (PG-23)	31,65	42,20	
00509	Potentiels évoqués visuels (PG-28)	29,35	34,65	
00145	Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (bilatéral)(PG-23) (PG-28)	47,65	64,65	6
	Note : Les codes 00145, 00208, 00209, 00210, 00216 et 00509 exécutés lors d'une même séance ne sont pas sujets à la Règle 8.1 du Préambule général.			

Psychiatrie

20157	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans les cas de dépression majeure réfractaire, de trouble obsessif compulsif réfractaire et du syndrome de Tourette réfractaire après implantation d'une électrode cérébrale profonde	316,65		
20210	Programmation initiale du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	369,45		
20211	Programmation subséquente du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	131,95	131,95	

Radiologie

Note : Les services médicaux en rôle 1 de la section Radiologie sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans, à l'exception du code 20235

Procédés diagnostiques et thérapeutiques incluant, le cas échéant, le contrôle fluoroscopique, échographique, tomodensitométrique ou par IRM sauf lorsque spécifié au tarif

Angioplastie transluminale percutanée non coronarienne

Angioplastie transluminale percutanée, d'une ou plusieurs sténose(s) et/ou obstruction (s)complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance

09494	par ballonnet (PG-28)	396,80	10
09495	par athérectomie (PG-28)	352,55	10
09496	par ballonnet et athérectomie (PG-28)	465,35	10
09432	Installation d'une endoprothèse artérielle suite à ou au cours d'une intervention d'angioplastie transluminale percutanée, supplément	116,45	
09433	Utilisation du laser intravasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale percutanée, supplément	116,40	

Note : L'angioplastie transluminale percutanée comprend l'évaluation préopératoire du malade quant à la faisabilité de la technique, la prise en charge du malade pendant l'intervention, les manoeuvres de dilatation ou recanalisation (incluant la ponction ou l'artériotomie, l'introduction et la manipulation des guides et des cathéters non sélectifs et/ou sélectifs), la prise de tension (intra-artérielle, intraveineuse, etc.) et le calcul des gradients de pression pendant l'intervention, de même que la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. L'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents.

	Techniques d'embolisation artérielle, veineuse ou lymphatique (toutes techniques) ou technique de sclérothérapie pour malformations lymphatiques ou veineuses		
	Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)		
09436	premier vaisseau cathétérisé ou lésion injectée	412,25	15
09437	vaisseau cathétérisé additionnel ou par lésion injectée additionnelle, un ou plusieurs, supplément	206,15	
09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	151,35	
	Crânienne (incluant notamment la tête et le cou) et spinale		
09439	premier vaisseau cathétérisé ou lésion injectée	476,90	18
09440	vaisseau cathétérisé additionnel, ou par lésion injectée additionnelle, un ou plusieurs, supplément	238,55	
09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	302,45	
	L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique (technique et interprétation) de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour.		
	Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques.		
	On ne peut invoquer plus d'une séance de sclérothérapie ou d'embolisation dans la même lésion ou cible artérielle, veineuse ou lymphatique durant une journée de 24 heures.		
	Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs		

Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du malade la mention de la technique mise en oeuvre.

Ne peuvent être invoqués à l'occasion des actes comportant la démonstration angiographique des vaisseaux impliqués.

09442	Cathétérisme d'un seul vaisseau	47,75	
09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quel que soit le nombre de vaisseaux rejoints par la même voie d'entrée au cours de la même séance)	100,20	
09444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant l'angiographie de positionnement et la mise en place d'une perfusion médicamenteuse	302,45	15

Cathétérisme veineux

Note : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en radiologie, sauf si le code prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.

AVIS **:** *La règle 15 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique *ne s'applique pas lorsqu'un des codes de facturation de cathétérisme veineux est demandé*.

00764	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	162,90	
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00789	patient de moins de 16 ans	104,95	
00790	patient de 16 ans ou plus	81,50	
00765	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	104,60	

00769	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	232,65	6
00770	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	27,65	
00768	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	145,45	
00766	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	133,85	
00772	Retrait d'un cathéter veineux tunnélisé avec ou sans réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	87,30	4
00482	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	66,35	4
	Embolectomie		
09446	Embolectomie ou thrombolyse endovasculaire, par cathéter transcutané	340,10	8
	Extraction de corps étrangers		
09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intravasculaire (artériel ou veineux)	302,45	8
	Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux		
09448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endoveineux par cathétérisme transcutané, incluant les visites	203,60	8

09355	Fermeture transcutanée de faux anévrisme artériel post-cathétérisme, toutes techniques incluant, le cas échéant, les visites et la surveillance le même jour et les techniques de contrôle de fermeture et, le cas échéant, la réparation des vaisseaux, toutes techniques	174,45	4
	Perfusion artérielle médicamenteuse		
09445	Repositionnement sous fluoroscopie de cathéter de perfusion vasculaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant (ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres) maximum deux fois par 24 heures ***AVIS*** **:** *Indiquer l'heure de début du service.* Note : Ce service ne peut être facturé le jour de la mise en place du cathéter	46,50	4
	Dénervation rénale		
20212	Thérapie comprenant l'accès artériel, l'aortographie avec ou sans angiographie(s) rénale(s) de guidance, l'insertion des cathéters thérapeutiques, l'application bilatérale de la thérapie et l'angiographie de contrôle post-procédure	422,20	8

Interventions percutanées non vasculaires

20184	Évaluation d'un patient en vue d'une procédure interventionnelle avec rapport au dossier Note : Le code 20184 ne peut être facturé pour des interventions mammaires ainsi que pour des interventions neuro-squelettiques, à l'exception des codes 09461, 09462, 09463, 00835, 20597 ou 20074. De plus, il est facturable avec le code 04030. Note : Cette évaluation ne peut être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient. Note : Le code 20184 ne peut être facturé avec les codes 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.	72,15	

	Cryochirurgie pour lésions intracrâniennes, intrathoraciques, intraabdominales ou rétropéritonéales (excluant les lésions musculo-squelettiques) avec appareil dédié			
09497	temps radiologique	465,35		12
09498	temps chirurgical	593,60		12
09499	temps radiologique et chirurgical	631,00		12
	Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche			
09408	temps radiologique	465,35		12
09431	temps chirurgical	566,65		12
09359	temps radiologique et chirurgical	662,55		12
20062	Chimioablation de tumeurs Note : Le code 20062 ne peut être facturé avec les codes 09359, 09408 ou 09431 à la même séance.	165,65		8
	Interventions hépato-biliaires			
00435	Cholangiographie transhépatique/transvésiculaire percutanée (PG-28) Note : Ce service médical ne peut être facturé par le chirurgien au cours d'une cholécystectomie.	110,45	110,45	4
	Drainage percutané de voies biliaires			
09449	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	273,10		4
09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires, incluant la surveillance quotidienne, les visites et la cholangiographie percutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, le cas échéant	412,25		4
09451	dilatation percutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la documentation radiographique de contrôle, supplément	116,45		
09452	mise en place d'un support endobiliaire (endoprothèse biliaire)	186,10		

09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	93,05	
09454	Remplacement de cathéter	55,20	4
09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	133,85	5
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction ainsi que la surveillance	242,75	4

Interventions digestives

09456	Gastrostomie percutanée	165,65	6
09457	Entérostomie (caecostomie) ou gastro-jéjunostomie percutanée	193,30	4
20063	Mise en place d'une prothèse oesophagienne, gastrique ou duodénale avec ou sans dilatation par cathéter ballonnet au préalable, toute technique incluant, le cas échéant, toutes les techniques endoscopiques et échoendoscopiques effectuées à la même séance	342,40	6
20064	Dilatation colique par cathéter ballonnet avec ou sans installation d'endoprothèse colique, toute technique incluant, le cas échéant, toutes les techniques endoscopiques et échoendoscopiques effectuées à la même séance	342,40	6

Interventions mammaires

AVIS **:** *Pour les actes de la section* Interventions mammaires, *utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

Note : Maximum de 3 ponctions ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par sein, par patient, par jour.
Note : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie, le tarif de l'IRM mammaire et le tarif de la mammographie s'ajoutent.

Ponction de kyste mammaire avec aspiration incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction

Note : Les codes 00848, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

00847	un site	18,65	29,05	4
20219	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	16,80	26,15	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

site contra-latéral

20220	un site	15,10	23,50	
20221	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	13,55	21,10	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

Ponction et/ou biopsie mammaire d'une masse palpable ou non palpable à l'aiguille fine (cyto-ponction) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

Note : Les codes 00847, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

00848	un site	46,50	81,50	4
20222	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	41,85	73,35	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

site contra-latéral

20065	un site	37,65	66,05	
20223	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	33,90	59,45	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

Biopsie au trocart (« core biopsy ») d'une masse palpable ou non palpable de la région mammaire (sein ou aisselle) avec prélèvement de carottes incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

Note : Les codes 00847, 00848 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

00849	un site	128,00	174,45	4
00850	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	109,35	149,10	

	AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels*.			
	site contra-latéral			
20066	un site	98,35	134,20	
20067	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	88,35	120,95	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté*.			
00851	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	29,05	58,15	
	Mise en place d'une broche-guide (harpon) sous guidage échographique ou stéréotaxique incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement			
	Note : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent.			
00852	première broche, par sein	121,25	227,75	4
00853	broche additionnelle dans un même sein, supplément	58,15	145,45	
	Note : Maximum 3 broches par sein, par jour			
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de broches additionnelles*.			
	Mise en place d'une bille radioactive, sous guidage mammographique ou échographique incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement			
	Note **:** Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent.			
00784	première bille radioactive, par sein	121,25	227,75	4
00785	bille radioactive additionnelle dans un même sein, supplément	58,35	146,00	
	Note **:** Maximum 2 billes radioactives par sein, par jour			
	Biopsie mammaire unilatérale avec appareil de macrobiopsie assistée par aspiration (mammotome) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant			
	Note : Les codes 00847, 00848 et 00849 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.			
20068	un site	165,65	165,65	
20069	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	149,10	149,10	

	AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*			
	site contra-latéral			
20070	un site	149,10	149,10	
20071	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	134,20	134,20	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*			
20029	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	29,05	58,15	
00855	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle	69,85		4
	Note **:** Maximum 1 par patient, par jour			
	Interventions urologiques ou endo-urologiques			
09458	Néphrostomie percutanée, incluant les visites et l'injection de colorant	220,85		5
00416	Dilatation urétérale par néphrostomie incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et les visites	232,65		
20072	Changement de cathéter de néphrostomie	110,45		
00854	Mise en place d'un cathéter double J et/ou tube de drainage	110,45		
	Interventions neuro-squelettiques			
	Blocs facettaires			
	(voir : Blocages nerveux, page C-9)			
	Discographie :			
00438	1 niveau	133,50	133,50	4
00459	2 niveaux ou plus	128,30	145,10	4
20073	Provocation discale avec prise de pression au manomètre, par niveau, supplément	57,95	81,20	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux.*			
	Injection de stéroïdes avec discographie, supplément			
09460	1 niveau	35,05		
	par niveau additionnel	22,15		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux.*			
00894	Myélographie	52,35	52,35	5
	Discoïdectomie percutanée			

09461	premier niveau	262,95		7
09462	2 niveaux ou plus	332,50		7
09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux)	122,70		
	Vertébroplastie percutanée incluant la ponction percutanée, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites			
00835	premier niveau	349,05		7
20597	niveau additionnel, par niveau	183,25		
	Note : Maximum deux niveaux additionnels			
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux additionnels*.			
20074	Cyphoplastie incluant, le cas échéant, la ponction transpédiculaire, le curetage de l'os spongieux, le positionnement et le gonflement des ballonnets, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites	441,70		12

Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique

Note : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne peuvent être facturées si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

09464	thoracique	165,65		4
09465	abdominale	165,65		5
09466	hépatique	165,65		4
00229	rate	165,65		4
00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	165,65		6
09468	estomac	173,95		4
09469	intestin	157,80		4
	osseuse :			
00212	os	165,65		5
00247	vertèbre	165,65	165,65	4

Infiltration de médicament ou de substance thérapeutique ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique

Note : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne peuvent être facturées si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

00418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant	82,85	122,10	4
	Note : Ce service médical ne peut être facturé le même jour que la radiographie et/ou l'arthrographie pratiquées au même site.			
	maladie de Dupuytren			
20224	injection palmaire de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	216,30	216,30	6
20225	injection digitale de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	267,40	267,40	6
	kyste ou abcès profond :			
00124	membre	66,25	88,35	4
00324	colonne ou paravertébral	116,45		6
00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	58,15	81,50	4
00299	kyste rénal	69,60	69,60	4
00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale	110,45	131,45	4
	Note : Ce code ne peut être facturé par un médecin radiologiste lorsqu'effectué sous guidage fluoroscopique			
20235	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément		140,20	

	Note : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)			
20598	injection unique ou multiple dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la ponction excluant les articulations coxo-fémorale, sacro-iliaque et facettaire	66,25	87,30	4
	Note : Ce code ne peut être facturé par un médecin radiologiste lorsqu'effectué sous guidage fluoroscopique			
	Note : Ce code ne peut être facturé par un chirurgien orthopédiste			
20599	injection, unique ou multiple, sous contrôle fluoroscopique dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échant, la ponction et les graphies du site de l'injection, prises pendant ou après celle-ci, à la même séance. Ce code n'est pas applicable pour une injection dans les foramens vertébraux ou dans les articulations facettaires	75,95	75,95	
	Note : Pour médecin radiologiste seulement			
20600	composante technique pour médecin radiologiste en cabinet, supplément		102,00	
	Note : Les codes 20599 et 20600 ne sont pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général			
20601	Infiltration périneurale unique ou multiple par voie transcutanée sous guidage échoscopique	66,25	87,30	
	Note : Maximum de trois sites d'infiltrations par patient par jour			
	Note : Une majoration de 100 % s'applique lorsque l'infiltration est faite avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence			
	AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence**.			
	Note : Maximum d'une majoration par patient par jour			

	Note : Ne peut être facturé en sus du code 20598 Note : Ce code est réservé au médecin physiatre seulement			
	Mise en place d'un cathéter percutané			
	insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse			
09472	thoracique, médiastinal ou abdominal	165,65		5
20075	pour drainage d'ascite	58,35	77,60	5
09474	pseudokyste pancréatique toute voie d'approche	113,15		
	Implantation de marqueur(s)			
00491	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage et/ou du traitement d'un organe ou d'une tumeur	38,80	112,65	4

Injection de substance de contraste

	Cavernosographie :			
09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant la ponction directe, l'opacification et la prise de clichés, l'étude débimétrique avec ou sans injection de papavérine intracaverneuse)	95,00		
00484	Néphrostographie, examen de vessie iléale Note : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.	18,00	18,00	5
09477	Injection intraveineuse ou intramusculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du côlon	5,90	6,90	
00442	Galactographie	24,40	24,40	
20076	Gorgée barytée modifiée examen effectué en présence du physiatre ou du radiologiste et d'un ou des membres du personnel de réadaptation. Il s'agit d'une analyse exhaustive de la déglutition avec un minimum de deux consistances barytées (liquide, pâte, solide)	77,30		

00444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	17,70	17,70	
00462	Lymphographie incluant la dissection	40,00	40,00	4
09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	100,95		
00155	Opacification des sinus paranasaux	7,10	7,10	
09479	Phlébographie par ponction osseuse	91,85		
00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	75,00	75,00	4

Radio-oncologie

L'Article 8.1 du Préambule général ne s'applique pas à la radio-oncologie, à la radiothérapie palliative et à la curiethérapie.

AVIS **:** *Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement.*

Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

L'identité de la personne assurée est obligatoire.

08501	Examen, sous anesthésie générale ou régionale, effectué par un radio-oncologue ou conjointement avec un médecin d'une autre discipline	51,70		4
08502	Installation d'un tube nasogastrique, dans les cas de cancer des voies aérodigestives supérieures	31,00		
08511	Évaluation et ajustement de la configuration des champs de radiation et de la collimation	96,25		
08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie	227,25		
08503	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	31,00		
20158	Planification du traitement par radiations avec imagerie multimodalité Note : Le code 20158 ne peut être facturé avec le code 08565 à la même séance.	144,70		
20159	Planification d'un site de réirradiation comportant un risque de chevauchement de champ d'irradiation utilisé dans le passé	72,40		

	Note : Le code 20159 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par trimestre.		
20160	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie en 4D incluant la synchronisation respiratoire, le cas échéant Note : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 20158, si effectué quinze jours avant ou après. Note : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 08565, le même jour.	206,75	
08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité	53,30	
08504	Radiothérapie avec modulation d'intensité par planification inverse Note : Le code 08504 et le code 08564 sont mutuellement exclusifs.	377,50	
08565	Fusion d'images	72,00	
08554	Irradiation stéréotaxique, incluant la planification et les séances de traitement, par site tumoral Maximum 1 fois par patient, par site anatomique, par mois Maximum 6 fois par patient à vie pour tous sites anatomiques Note : Le code 08554 ne peut être facturé avec les codes 08511, 08518, 08520 et 08553 à la même séance.	410,45	
08513	Traitement par isotopes métabolisés	34,05	4
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide	32,05	4
08515	Application de radio-isotope par plaque	26,90	5
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	979,00	
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	979,00	
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	27,50	
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques Maximum une fois par semaine, du lundi au dimanche, par patient, par site anatomique	18,35	
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie transcutanée)	94,00	

08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	54,80	4

Radiothérapie palliative

08512	Soins médicaux à visée palliative, prodigués par un médecin spécialiste en radio-oncologie, par site anatomique	444,40	
20161	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	31,00	
	Note : Le code 08512 ne peut être facturé avec les codes 08511, 08518, 08519, 08520 et 08553, si effectué quinze jours avant ou après.		

Curiethérapie

08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	43,95	
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie	61,40	
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :		
08524	bronches (PG-28)	82,70	12
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente) (PG-28)	98,20	10
08528	corps utérin (PG-28)	82,70	10
08541	vagin (cavité vaginale) (PG-28)	82,70	10
08544	voies biliaires (PG-28)	82,70	8
08556	oesophage (PG-28)	82,70	8
08557	cavité buccale (moulage) (PG-28)	58,90	8
08558	nasopharynx (PG-28)	82,70	8
08559	rectum (PG-28)	82,70	8
08560	anus (PG-28)	82,70	8
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :		
08523	anus (PG-28)	177,80	8
08525	cavité buccale excluant la langue (PG-28)	177,80	8
08526	cerveau (PG-28)	177,80	12
08529	ganglions (PG-28)	262,60	8
08530	hypopharynx (PG-28)	262,60	8
08531	langue, portion mobile (PG-28)	177,80	8

08532	lèvres (PG-28)	137,50		8
08534	oropharynx, incluant la base de la langue (PG-28)	262,60		8
08535	peau (PG-28)	95,10		8
08536	pénis (PG-28)	167,50		8
08537	rectum (PG-28)	262,60		8
08538	sein (PG-28)	95,10		8
08539	tissus conjonctifs après résection (PG-28)	177,80		8
08540	tissus conjonctifs sans résection (PG-28)	342,15		10
08542	vagin (paroi vaginale) (PG-28)	177,80		10
08543	vessie (PG-28)	177,80		8
08561	prostate (PG-28)	262,60		12
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement			
08562	implant interstitiel	66,90		4
08563	implant endocavitaire ou plésiocuriethérapie	47,15		4
	Insertion de substance radioactive :			
08545	temporaire	52,60		8
08546	permanente	184,40		10
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	37,85		
08548	Retrait du matériel radioactif (PG-28)	41,65		
08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	85,60		12
08550	Retrait du matériel d'implantation (PG-28)	52,60		
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	61,95	61,95	

Rhinosinusologie

00471	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée avec enregistrement numérique, incluant la Manoeuvre de Muller	92,15	97,95	
20081	Évaluation par un test standardisé de l'olfaction (épreuve portant sur 40 testeurs révélés par grattage et connue comme étant le test d'identification olfactive de Pittsburgh)	35,85	83,60	
00733	Rhinomanométrie par pléthysmographie corporelle	22,60		4

00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale	98,10		5
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	31,95	42,70	4
20082	si biopsie unique ou multiple, supplément	28,70	28,70	
	Note : Le code 00746 ne peut être facturé avec autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives par le même médecin, à la même séance.			
00760	Endoscopie sous sommeil induit pour investigation d'un trouble respiratoire du sommeil.	300,00		8
20162	Microchirurgie laryngée endoscopique au laser, toutes techniques, incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance	263,90		6
	Sinus :			
00640	frontal, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	39,80	41,90	4
00641	maxillaire, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	33,95	35,50	4
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation* **00640** et **00641**, *utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.			
00627	Méatoscopie, unilatérale ou bilatérale	34,25	42,70	5
	Note : Lorsqu'un médecin facture un acte pour lequel un rôle 2 est réclamé, la méatoscopie ne peut être facturée à la même séance.			
	Nettoyage de la cavité ethmoïdienne pendant le premier mois postopératoire, incluant la méatoscopie			
00657	unilatéral	60,65		
00658	bilatéral	79,10		
00275	Thoracoscopie incluant, le cas échéant, biopsie, section d'adhérences et drainage thoracique	80,85	80,85	4
00276	Drainage thoracique fermé par pleurotomie (PG-28)	257,15		4

Note : Le code 00276 ne peut être facturé en sus d'un autre code d'acte sous l'onglet H-Système respiratoire dans la section poumons et plèvre lorsqu'effectué du même côté, à la même séance

00277	pleurodèse, supplément (PG-28)	69,15	
20163	Installation d'un drain thoracique de type PleurX	209,30	4
20164	Retrait d'un drain thoracique de type PleurX	31,65	
	Traitement d'empyème		
00278	drainage par costectomie	176,70	5
00279	par fermeture de fenêtre thoracique	165,75	4

Médecine hyperbare

Note : Les traitements en chambre hyperbare sont payables aux médecins spécialistes en médecine d'urgence ou en pneumologie désignés par les parties négociantes ou aux autres médecins spécialistes désignés par les parties négociantes. Les médecins spécialistes désignés doivent rencontrer l'un ou l'autre des critères suivants :
-Avoir complété une formation complémentaire reconnue en médecine hyperbare;
ou
-Exercer la médecine hyperbare depuis au moins trois ans et présenter un portfolio démontrant l'acquisition de compétences pertinentes durant la pratique;
ou
-Présenter un portfolio démontrant l'acquisition de connaissances et la réalisation de modules cliniques et de projets rattachés aux volets pertinents de la médecine hyperbare.
Pour être désigné, un médecin doit de plus détenir des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)

(le patient et le médecin sont dans la chambre)

00837	première heure	291,55	12

09346	pour chaque patient additionnel traité simultanément	83,80	
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	60,00	
	AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle du traitement.*		
09347	pour chaque patient additionnel traité simultanément	12,00	
	AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle du traitement.*		
	surveillance :		
	(le patient est dans la chambre et le médecin est sur place ou à proximité immédiate de la chambre)		
00839	première heure	185,00	12
09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément	49,25	
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	31,00	
	AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de surveillance.*		
09349	pour chaque patient additionnel traité simultanément	6,95	
	AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de surveillance.*		
	Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec, des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la chambre hyperbare, rendus par le médecin responsable d'une chambre hyperbare		
00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine	112,95	
00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié	168,90	
	AVIS **:** *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*		

Traitements de physiothérapie

(Réadaptation physique)
donnés en cabinet
Les traitements de physiothérapie dont l'énumération suit, sont payés au tarif et suivant les conditions établies dans la Lettre d'entente n° 13. (Voir Brochure n° 1, Médecins Spécialistes, Annexe 11).

AVIS **:** *La tarification est de 18,15 $ par traitement de physiothérapie.*
La prestation de ces actes exécutés lors d'une même séance n'est pas sujette à la règle 8.1 du préambule général.
Maximum de trois traitements par séance.

00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)	
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)	
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)	
00674	exercices de rééducation, respiration	
00675	hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)	
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)	
00677	ultrasons	
00678	ultraviolet	

Transfusion

00647	Exsanguino-transfusion (chacune)	165,60

Transplantation d'organes

00414	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les visites, par donneur, par établissement, par jour	874,20
20178	Si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale, supplément	316,65
00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur (réservé aux néphrologues)	370,50
00694	Préparation du prélèvement pancréatique d'un donneur cadavérique pour transplantation d'ilots, toutes techniques	409,65

00696	Ensemble des activités faites par un chirurgien général dans l'établissement receveur, par patient, entourant la préparation de donneurs d'organes ou d'un receveur de greffe de foie, à l'exclusion du prélèvement ou de la greffe	112,15
	AVIS **:** *Les codes de facturation* ***00414****,* ***00694****,* ***00696****,* ***00698*** *et* ***20178*** *sont payables par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*	
	Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue ou un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient :	
	Honoraire global incluant les visites et les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents	
09377	1er jour (journée de la greffe)	1 000,00
09378	2e au 5e jour (par jour)	600,00
09379	6e au 10e jour (par jour)	400,00
09380	11e au 15e jour (par jour)	250,00
	Thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet :	
09489	rénale	504,65
09490	hépatique	504,65
09491	pancréatique	554,30
00767	pulmonaire ou cardio-pulmonaire	554,30
	Note : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des codes 00771, 00773, 00774, 00775, 09377, 09378, 09379, 09380, 20165, 20166, 20167, 20168, 20169 et 20172, par le même médecin, la même journée.	
00763	Soins médicaux prodigués par un cardiologue incluant la thérapie immunosuppressive en préparation d'une transplantation cardiaque imminente Maximum 1 par patient, par épisode de soins	610,80

	Soins médicaux prodigués par un cardiologue à la suite d'une transplantation cardiaque, par jour, par patient : Honoraire global de visites incluant la thérapie immunosuppressive	
20213	1er jour (journée de la greffe)	1 251,20
09350	2e au 15e jour (par jour)	347,20
	Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :	
	Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, incluant la visite, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de moins de 18 ans	
20165	1er jour (journée de la greffe)	1 360,86
20166	2e au 5e jour (par jour)	646,40
20167	6e au 10e jour (par jour)	421,84
20168	11e au 15e jour (par jour)	312,95
20169	16e au 30e jour (par jour)	224,97
	Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, incluant la visite, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de 18 ans et plus	
00771	1er jour (journée de la greffe)	1 000,00
00773	2e au 5e jour (par jour)	475,00
00774	6e au 10e jour (par jour)	310,00
00775	11e au 15e jour (par jour)	230,00
20172	16e au 30e jour (par jour)	150,00

Urologie

Note : Le procédé diagnostique ou thérapeutique identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre acte diagnostique ou thérapeutique ou aucune autre chirurgie, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance. Seul l'honoraire d'une visite peut s'ajouter, s'il y a lieu.

00721	Réduction manuelle de paraphimosis sous anesthésie régionale (épidurale, caudale ou rachidienne) ou générale, toute technique « I » (PG-28)	211,10		4
00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux « I »	78,75	78,75	5
00154	Mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne (PG-28)	64,30	64,30	4
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie régionale ou générale « I »	71,85		4

A) Endoscopies et manipulations urétro-vésicales

Note *:* Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétéro-rénales peut être facturé à la fois dans une même séance.
Toutefois, lors d'un même acte pour une intervention bilatérale, le deuxième côté est rémunéré à 50 %.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **PDT multiple exécuté lors d'une même séance**.

00325	Supervision du traitement de tumeurs vésicales ou de la cystite interstitielle incluant l'injection par cathétérisme vésical de substance médicamenteuse, unique ou multiple, le cas échéant, par jour	17,80	17,80	5
00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile « I » (PG-28)	63,35	63,35	5

Note : Le code 00302 ne peut être facturé par un médecin classé en médecine d'urgence.

00320	Urétro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant, le cas échéant, l'injection de colorant, l'urétrotomie interne, l'ablation de calcul ou de corps étranger de l'urètre ou de la vessie, l'ablation de cathéter urétéral ou de sonde double J, la biopsie ou l'excision ou l'électrocoagulation de lésions urétrales ou vésicales ou les deux, la méatotomie urétérale pour sténose et la recherche de trajet fistuleux) Note : Le code 00320 ne peut être facturé avec le code 00227. Note : Pour les tumeurs vésicales primaires de la vessie à faible risque (bas stade, bas grade), la cystoscopie de contrôle est limitée à deux (2) par patient pour la première année de traitement et à une (1) par patient les années suivantes; Note : Pour les tumeurs vésicales à faible risque récidivantes et celles à risque intermédiaire ou à risque élevé, il n'y a pas de limitation du nombre de cystoscopies par année. Il en est de même pour toute urétrocystoscopie diagnostique et thérapeutique non liée au suivi d'une tumeur vésicale. ***AVIS*** **:** *Pour les urétro-cystoscopies non liées aux tumeurs vésicales primaires de la vessie à faible risque (bas stade, bas grade), utiliser l'élément de contexte* **Cystoscopie pour une raison autre qu'une tumeur vésicale primaire de la vessie à faible risque (bas stade, bas grade)**.	52,75	52,75	5
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale« I »	82,70		4
00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre, toute technique	18,25	18,25	5
00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)	226,40		5
	B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales			

	Note : Un seul code de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance. Toutefois, lors d'un même acte pour une intervention bilatérale, le deuxième côté est rémunéré à 50 %.			
	AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **PDT multiple exécuté lors d'une même séance**. *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.			
00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour	31,65	31,65	5
	Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant :			
00319	pour fins diagnostiques	85,50	85,50	5
00372	pour fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J	211,10	211,10	5
00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale	263,90		
00374	Urétéroscopie ou urétérorénoscopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu	415,85		5
	C) Urodynamie			
	Note *:* Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.			
00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale (par un urologue seulement) : technique ou interprétation ou les deux	34,20	34,20	5
09358	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	22,80		4

09357	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	52,80		5
	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez l'enfant de moins de 16 ans) et la débimétrie, avec ou sans EMG			
00375	technique et/ou interprétation	59,00	59,00	4
00622	Enregistrement vidéofluoroscopique comprenant une étude urodynamique devant inclure : la cystométrie, l'étude pression-débit, l'enregistrement des pressions abdominales et de fuite à l'effort (ou profil urétral), avec ou sans électromyographie du plancher pelvien, technique et interprétation	199,50		

D) Procréation assistée

Les services prévus à la présente section doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et par un médecin qui exerce dans un tel centre et qui est identifié à la RAMQ par le directeur médical du centre.

AVIS **:** *La liste des centres de procréation assistée (CPA) autorisés – Programme de procréation médicalement assistée (PMA) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Un seul prélèvement peut être réclamé à vie pour l'ensemble des codes de la présente section.

00496	Prélèvement épididymaire percutané ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (PESA-TESE) (pour urologue seulement)	949,95	949,95	5

00499	Prélèvement épididymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (MESA-MicroTESE) (pour urologue seulement)	1 688,80	1 688,80	8

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **00496** et **00499**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par le service en ligne **Procréation médicalement assistée – Gestion de l'admissibilité**.*
Pour plus d'information sur l'obtention du numéro d'autorisation et sur l'utilisation du service en ligne, consultez la page Web Procréation médicalement assistée.

E) Préservation de la fertilité

Les services prévus à la présente section doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et par un médecin qui exerce dans un tel centre et qui est identifié à la RAMQ par le directeur médical du centre.

AVIS **:** *La liste des centres de procréation assistée (CPA) autorisés – Programme de procréation médicalement assistée (PMA) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Un seul prélèvement peut être réclamé à vie pour l'ensemble des codes de la présente section.

20080	Prélèvement épididymaire percutané ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes dans le cadre de la préservation de la fertilité (PESA-TESE) (pour urologue seulement)	949,95	949,95	5
20175	Prélèvement épididymaire ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes sous microscope dans le cadre de la préservation de la fertilité (MESA-microTESE) (pour urologue seulement)	1 688,80	1688,80	8

D — Anesthésiologie

Addendum 8. - Anesthésiologie

Interprétation

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

Règle 1.
Honoraire global

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie. La visite pré-anesthésique comprend, le cas échéant, l'anamnèse et l'examen physique. Sont également inclus dans l'honoraire la prise en charge et les visites reliées à l'analgésie postopératoire réalisée à l'aide d'une pompe programmable par voie intraveineuse ou par l'injection unique d'opiacé par voie rachidienne ou épidurale ainsi que le monitoring fœtal lors d'une chirurgie.

Sont exclues les évaluations préopératoires effectuées dans une clinique d'évaluation préopératoire désignée (services médicaux codés 15485, 15486, 15487).

De plus, sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1 ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base. Ceux-ci sont alors payables selon la tarification et le taux applicables au début de l'anesthésie, à l'exception des procédés réalisés par le médecin anesthésiologiste remplaçant ou collaborateur, lesquels sont payables selon la tarification et le taux applicables au moment où ils sont rendus.

Les procédures nouvelles sont payées suivant le tarif agréé par les parties, sauf celles qu'elles déterminent.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

Règle 2.
Visites

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au Préambule général.

AVIS **:** *Voir la règle 5 du préambule général.*

Règle 3.
Mode de calcul de l'honoraire d'anesthésie

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiologiste consacre au soin du malade; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

Règle 4.
Durée

4.1 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiologiste a charge du malade.

4.2 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiologiste en confie la surveillance au personnel de la salle de réveil.

4.3 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze minutes complétées.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit premières périodes; deux unités de durée, pour chaque période additionnelle; et trois unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

Règle 5.
Interruption de l'anesthésie

5.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue.

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du malade.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **En raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue**.

Règle 6.
Procédure diagnostique pré-chirurgicale ***Abrogée en date du 1er février 2023 par la*** **Modification 104**

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **PDT pré-chirurgical de 4 unités ou plus.**

Règle 7.
Interventions multiples

7.1 Lorsque plusieurs interventions sont pratiquées pendant la même séance, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

Règle 8
Anesthésiologiste collaborateur

8.1 On accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum 4, pour les services qu'il rend au cours de la séance.

En outre, il a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du malade; on applique à cet égard, la règle 3.

De plus, les procédés identifiés par la mention A8-1 peuvent être facturés par le médecin anesthésiologiste collaborateur selon la tarification et le taux applicables au moment où ils sont rendus.

Toutefois, le médecin anesthésiologiste collaborateur (rôle 3) n'a droit à aucun honoraire s'il a la charge d'un autre patient (rôle 2) durant la même période.

Règle 9.
Remplacement en cours d'intervention

9.1 Le médecin anesthésiologiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie, a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du malade.

AVIS **:** *Pour le médecin anesthésiologiste qui est remplacé, indiquer l'heure de début et l'heure de fin du temps consacré au soin du malade*.

Celui qui le remplace, n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes et aux procédés identifiés par la mention A8-1 qu'il réalise. On calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiologiste a consacré au soin du malade.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste remplaçant, indiquer :*
- l'heure de début et l'heure de fin du temps consacré au soin du malade;
- l'élément de contexte **Remplaçant au cours d'une anesthésie** *(cet élément de contexte s'applique à l'ensemble de la facture)*;
- la date et l'heure de début de l'intervention commencée par le premier médecin anesthésiologiste;
- inscrire uniquement le code de l'intervention principale pour laquelle le remplacement a été effectué sur la facture.

Les services rendus en tant que responsable, anesthésiste collaborateur et assistant (rôles 1, 3 et 4) ainsi que les procédés identifiés par la mention A8-1 effectués en tant qu'anesthésiologiste remplaçant (rôle 2) ne peuvent pas être facturés avec l'élément de contexte **Remplaçant au cours d'une anesthésie** *et doivent être facturés sur une facture distincte des services facturés avec cet élément de contexte*.

Règle 10.
Participation

10.1 Le médecin anesthésiologiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du malade pendant qu'on la pratique, sans qu'il y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

Règle 11.
Anesthésies simultanées

11.1 Un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Anesthésie simultanée** *ou* **Anesthésie simultanée pour une urgence grave (règle 11 - Add. 8)**.

11.2 ***Abrogé en date du 1er juin 2022 par la Modification 105.*** Le médecin anesthésiologiste peut ajouter un supplément d'unités aux unités de base d'une intervention chirurgicale pour l'anesthésie régionale effectuée dans un but d'analgésie pré ou post-opératoire, lorsqu'elle est entreprise par l'anesthésiologiste dans une salle autre que celle où l'intervention chirurgicale a lieu, dans l'attente de la disponibilité de la salle d'opération, ou pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité;

Nonobstant ce qui précède, les techniques suivantes ne permettent pas l'ajout de ce supplément :

- anesthésie locale
- infiltration de plaie
- anesthésie rachidienne
- anesthésie épidurale en injection unique
- anesthésie épidurale continue avec installation d'un cathéter retiré le même jour

Le supplément est de 6 unités (code 41008). Il ne peut toutefois être réclamé entre 7 h et 8 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie régionale visée ci-dessus n'est pas comptabilisé dans les unités de temps de l'anesthésie.

Règle 12.
Majoration d'honoraires pour certains services ou durant certaines périodes

12.1 Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 29 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'Accord-cadre pour les interventions suivantes effectuées entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

i. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

ii. Les services médicaux codés 00901, 00939, 04516, 08329, 08371, 09403, 09404 et 09405 sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

12.2 Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de ses unités de durée lorsque la prestation de travail en centre hospitalier coïncide avec les périodes suivantes :

i. Une majoration de 70 % entre 7 h et minuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés, et entre 19 h et minuit les autres jours. Toutefois, pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, cette dernière période est plutôt entre 21 h et minuit les autres jours.

ii. Une majoration de 150 % entre minuit et 7 h, tous les jours.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

Règle 13.
Majoration d'honoraires selon l'âge

13.1 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur.

13.2 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41.

13.3 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41.

13.4 La présente règle ne s'applique pas à la clinique d'évaluation pré-opératoire.

Règle 14.
Majoration des unités de base ***Abrogée en date du 29 mars 2021 par la*** **Modification 94**

14.1 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41033**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ***Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie*.**

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

14.2 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41034**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en position ventrale. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ***Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie*.**

14.3 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41035**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en provenance des soins intensifs, des soins coronariens ou des soins néonataux. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ***Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie***.

14.4 En anesthésiologie, un supplément de 3 d'unités (code **41036**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient nécessitant au moins 10 culots globulaires per-opératoires ou chez les patients de moins de 18 ans nécessitant une transfusion > = à 50 cc par kilo. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ***Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie***.

14.5 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41037**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient en isolement (SARM, ERV, Clostridium difficile, etc.). Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ***Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie***.

Règle 15.
Anesthésie en douleur chronique

15.1 L'évaluation et la prise en charge d'un patient avec douleur chronique se font pour le suivi d'un plan de traitement d'un patient sur référence d'un centre de douleur chronique désigné à l'Annexe 41 ou pour un patient dont la situation ne demande pas l'expertise et l'ensemble des ressources offertes en centre de douleur chronique désigné à l'Annexe 41.

15.2 Les services médicaux visés par la présente règle sont ceux apparaissant sous la rubrique ***Anesthésie en douleur chronique de l'onglet D – Anesthésiologie***. Ces services médicaux ne sont payables qu'en établissement seulement.

15.3 Le médecin qui réclame le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucun rôle 2 ou rôle 3 durant la même séance.

15.4 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucune autre visite ou consultation le même jour pour le même patient.

15.5 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut facturer aucun acte de la rubrique ***Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*** le même jour pour le même patient.

15.6 Un maximum de cinq (5) évaluations et prises en charge d'un patient avec douleur chronique (code d'acte *41055*) et de dix (10) visites de suivi en douleur chronique (code d'acte *41058*) est payable par demi-journée, par médecin. Le maximum total pour la combinaison des actes codés 41055 et 41058 est de sept (7) actes par demi-journée, par médecin.

15.7 La majoration d'honoraires prévue à la règle 14 du Préambule général ne s'applique pas aux services médicaux visés à la présente règle.

15.8 Sont considérées comme des procédures majeures : le bloc facettaire, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé, ainsi que l'injection dans l'espace épidural, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé.

15.9 Sont considérées comme des procédures mineures : les blocs veineux, les blocs nerveux (incluant les blocs sympathiques, les blocs de nerf périphérique, de ganglion ou de plexus, ainsi que les blocs sous-arachnoïdiens (intrathécal)).

Règle 16
Complexité anesthésique

Lorsque la complexité médicale ou chirurgicale prolonge la durée anesthésique, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie est augmenté.
Pour une durée anesthésique de quatre heures ou plus, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie ne peut être inférieur à 18.
Pour une durée anesthésique de huit heures ou plus, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie ne peut être inférieur à 21.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Complexité anesthésique (règle 16).**

.

AVIS **:** *Pour les services nécessitant la présence d'un remplaçant au cours de l'anesthésie utilisé l'élément de contexte* ***Complexité anesthésique pour une durée de quatre heures ou plus avec présence d'un remplaçant*** *ou* ***Complexité antesthésique pour une durée de huit heures ou plus avec présence d'un remplaçant*** *selon la situation.*

		R = 1	R = 2

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 19,10 $

AVIS **:** *Pour la facturation d'un service rendu en rôle 2 ou 3, l'heure exacte de début et de fin du service doit être indiquée* ***en tout temps****.*

Pour les services pour lesquels les unités de durée ne sont pas payables, inscrire l'heure réelle de début et de fin du service.

Dans le cas d'un supplément, inscrire les mêmes heures de début et de fin que celles du service pour lequel le supplément est facturé..

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)	
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou sous anesthésie	5*

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	
00924	avec ou sans appareil de traction	5*
	Maxillectomie	
00930	partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*
	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)	
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétrotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoide)	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 mentonnnière (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	38,20	
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	19,10	
	Note *:* Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.		

Anesthésie générale pour chirurgie de l'œil

41010	Anesthésie générale ou sédation profonde avec contrôles des voies aériennes pour chirurgie de la cataracte	6*
	Note : On entend par sédation profonde un niveau de sédation où la réponse du patient n'est présente qu'à la stimulation douloureuse ou répétée et qui peut nécessiter une aide au maintien de la perméabilité des voies respiratoires.	

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 Note : Le code 00911 ne peut être facturé avec les codes 41038, 41039, 41044 et 41049 à la même séance.	12

Note :

- Si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne ou une prise en charge anesthésique au bloc opératoire deviennent nécessaires, l'honoraire des codes 06912 ou 06913 ou 41038, s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la patiente au bloc opératoire pour effectuer l'induction ou débuter la surveillance.
- Une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.

41038	Prise en charge par un anesthésiologiste, au bloc opératoire, d'une patiente chez qui on planifie un accouchement vaginal ou une procédure obstétricale en salle d'opération plutôt qu'en salle d'accouchement, en raison d'un risque accru de césarienne d'urgence Note : Le code 41038 ne peut être facturé avec les codes 00911, 06912 ou 06913 à la même séance.	6*
41007	Prise en charge du nouveau-né par un anesthésiologiste lors d'une chirurgie ex utéro intrapartum	18*

AVIS **:** *Inscrire les renseignements relatifs à la mère.*

Anesthésie et traitement de la douleur

AVIS **:** *Pour la facturation d'un service en rôle 2 ou 3, l'heure exacte de début et de fin du service doit être indiquée* ***en tout temps****.*
Pour la prise en charge, inscrire l'heure réelle de début et de fin du service.

Anesthésie en douleur aigüe et/ou post-opératoire

Note : Les actes de la présente section sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés simultanément pour le même patient à la même séance.

41045	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, chez un patient de moins de 18 ans, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1 Les blocs nerveux admissibles sont : - bloc ilio-inguinal échoguidé - bloc dans le plan du transversus abdominus («TAP») échoguidé - bloc du muscle droit échoguidé - bloc pénien - bloc pudendal - bloc paravertébral - bloc du nerf trigéminé (ou de l'une de ses branches)		4
41046	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures A8-1 Les blocs nerveux en injection unique admissibles sont : - bloc plexique (plexus brachial, plexus lombosacré, plexus cervical superficiel et profond, plexus cœliaque ou plexus hypogastrique supérieur) - bloc sciatique - bloc fémoral (incluant l'approche du nerf saphène au canal adducteur) - bloc caudal - bloc paravertébral		4
41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastomérique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections A8-1		6
	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie post-opératoire ou traitement de la douleur aigüe par bloc continu nerveux (nerf périphérique ou plexus nerveux), neuraxial (péridural ou caudal), paravertébral ou intrapleural, avec installation d'un cathéter, incluant les visites, la surveillance, l'enseignement au patient et les injections		
41049	1er jour A8-1		6
	AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.*		
41051	par jour subséquent	36,95	
41052	par jour subséquent le week-end (honoraires majorés selon l'application de la Règle 15 du Préambule général)	61,20	
41053	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière	18,45	
41054	par jour subséquent le week-end, si suivi assuré par l'infirmière (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	30,60	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **41051, 41052, 41053** et **41054**, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.*		

Anesthésie en douleur chronique

Note : Pour la section Anesthésie en douleur chronique, se référer à la Règle 15 de l'Addendum 8.
Note : Le maximum total pour la combinaison des codes 41055 et 41058 est de 7 actes par demi-journée.

41055	Évaluation et prise en charge d'un patient avec une douleur chronique, minimum de 30 minutes Maximum 1 évaluation par patient, par médecin, par 12 mois	52,80
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*	
41056	si procédure mineure effectuée à la même séance, supplément	13,20
41057	si procédure majeure effectuée à la même séance, supplément Note : un seul supplément par patient, par jour	26,40
41058	Visite de suivi en douleur chronique, minimum de 15 minutes Maximum 4 visites par patient, par médecin, par 12 mois	26,40
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*	
41059	si procédure mineure ou majeure effectuée à la même séance, supplément Note : un seul supplément par patient, par jour	13,20

Anesthésie en soins palliatifs

41012	Analgésie péridurale avec cathéter pour contrôle de la douleur	266,00	4*
41013	Analgésie péridurale avec cathéter tunnellisé pour contrôle de la douleur	266,00	6*
41014	Analgésie rachidienne avec cathéter tunnellisé pour contrôle de la douleur	266,00	6*
41015	Insertion sous-arachnoïdienne d'un cathéter type Port-a-Cath incluant le bloc	500,30	6*
41016	Insertion d'un cathéter pour bloc plexique continu incluant le bloc	114,00	4*
41017	Bloc du ganglion impar	52,80	4*
41018	Bloc du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	215,30	6*
41019	Neurolyse du ganglion impar	126,65	4*
41020	Neurolyse du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	424,30	6*
41021	Neurolyse médullaire cervicale	424,30	6*
41022	Neurolyse médullaire thoracique, lombaire ou sacrée	424,30	6*
41023	Visite de suivi, par jour	50,65	
	AVIS **:** *Voir la règle 5.7 du préambule général.*		
41028	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) Note : Les codes 41023 ou 41028 sont applicables sur les codes 41012, 41013, 41014, 41015 ou 41016 et ils incluent l'ajustement des paramètres de perfusion et la surveillance, le cas échéant.	86,55	
41024	Visite de suivi, par jour	25,35	

41025	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	43,30	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **41023, 41024, 41025** et **41028**, inscrire l'heure de début du service.*

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **41024** et **41025**, voir la règle 5.7 du préambule général.*

Note : Les codes 41024 ou 41025 sont applicables sur les codes 41017, 41018, 41019, 41020, 41021 ou 41022.

Autres

00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	95,00	

Inhalothérapie

00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins		**7**

Soins spéciaux

Cathétérisme veineux

Note *:* Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS **:** *Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter sans une autre intervention sous anesthésie, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 (code de facturation **00902** ou **00903**), alors qu'au cours d'une autre intervention sous anesthésie, il utilise le code de facturation correspondant au supplément A8-1 concerné (code de facturation **00993** ou **00994**).*

*Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2 (code de facturation **00902** ou **00903**) s'il s'agit de l'intervention principale.*

00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	190,00	
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00902	patient de moins de 16 ans (PG-28)	147,75	4*
00993	supplément A8-1		**5**
00903	patient de 16 ans ou plus (PG-28)	116,10	4*
00994	supplément A8-1		**3**

00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents	147,75	4*
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	263,90	**6**
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	33,80	
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	168,90	
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	153,05	
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	91,40	

Soins de ventilation

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v. g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) Note : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.	58,40	1*
00927	Contrôle subséquent, par visite	16,60	
	maximum par jour	66,40	
41029	Contrôle subséquent le week-end, par visite	26,40	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	105,60	

Note : Les codes 00927 ou 41029 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.

Niveau II

Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux halogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle

00990	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) Note : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.	115,10	4*
00991	Contrôle subséquent, par visite	12,65	
	maximum par jour	75,90	
41030	Contrôle subséquent le week-end, par visite	22,60	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	135,60	
	Note : Les codes 00991 ou 41030 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un bronchoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1		10
00940	Intubation endo-bronchique avec un tube ou bloqueur bronchique en utilisant le bronchoscope flexible chez un patient où une isolation pulmonaire est indiquée A8-1		8

AVIS **:** *Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (voir l'article 6 de l'annexe 29)*

00900	*Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, tous les jours, sauf le samedi, dimanche et jours fériés entre 7h et 19h*	***78,00***

AVIS **:** *Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, veuillez vous référer à la règle 14 du préambule général et à l'article 5.2 de l'Annexe 29.*

00929	*Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs, le samedi, dimanche et jours fériés entre 7h et 19h*	***103,74***

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **00900** et **00929**, inscrire l'heure de début du service.*

Coeur-poumon artificiel

Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à 21.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Utilisation du coeur-poumon artificiel au cours d'une anesthésie.**

Transplantations

00932	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base	15*

Divers

00981	Anesthésie pour angioradiologie	6*
00982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne	6*
00954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie	4*
00986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur	4*
00958	Anesthésie générale pour épiglottite	10*
00971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale	4*
00972	Anesthésie pour ablation de points de suture	4*
00974	Tamponnement nasal antérieur	4*
00975	anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	7*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	10*
	anesthésie pour examen ophtalmologique :	
00955	sans intubation	5*
00956	avec intubation	5*
00976	anesthésie pour examen sous anesthésie générale	4*
00977	anesthésie pour circulation assistée	8*
00978	anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire	8*
00979	anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire	7*
41031	anesthésie pour traitement en radio-oncologie chez un patient de moins de 18 ans	10*
00983	anesthésie pour télécobalthérapie	10*

01902 Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale 10*

AVIS **:** *Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.*

41032 Présence de l'anesthésiologiste en salle d'opération pour monitoring et constatation du décès cardiocirculatoire chez un donneur d'organes avant une mort cérébrale (Programme DDC) « I » 12*

Note : Le code 41032 identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical, à la même séance.

AVIS **:** *Le code de facturation **41032** est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*

41060 Anesthésie avec prise en charge des voies respiratoires pour bronchoscopie flexible thérapeutique dans les cas d'hémoptysie, de sténose ou de fistule trachéale ou bronchique ou de trachéomalacie 12*

Tableau de correspondance des unités de durée

Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée	Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	79	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234

38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

E — Chirurgie

Addendum 4 - Chirurgie

Règle 1.
Honoraire global

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-opératoires ainsi que certaines visites.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques et aux patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs. Il prévoit aussi le paiement d'honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées au cours de certaines heures durant la journée.

Règle 2.
Visites

2.1 Le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite, sauf disposition contraire.

En pré-opératoire, on lui accorde l'honoraire de la visite principale ou de la visite de contrôle, suivant les règles de tarification prévues au Préambule général.

AVIS **:** *Voir la règle 5 du préambule général ainsi que* la Règle d'application n° 7.

En post-opératoire, c'est le tarif de la visite de contrôle.

2.2 Il n'y a pas d'honoraire de visite le jour de l'intervention.

A titre d'exception, le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite s'il s'agit d'un patient traité d'urgence et dont il a pris charge le même jour.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins d'urgence** *ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte* **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du Manuel SLE**.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 66,50 $ ou moins. Aux fins de l'application de cette règle, on ne tient pas compte du frais de plateau technique payable en vertu de la Règle 41 du Préambule général et en ophtalmologie, on ne tient pas compte des codes 07035, 07036 , 07037, 07056, 07057,07058, 07059, 07060.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1er juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie dont le tarif est de plus de 66,50 $: sous réserve des exceptions suivantes, ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Pour le médecin classé en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie ou en chirurgie générale, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois jours suivant celui de l'intervention.

Pour le médecin classé en ophtalmologie, seule la visite postopératoire du premier jour suivant l'intervention est comprise dans l'honoraire de la chirurgie.

Pour les chirurgies du système digestif, du système respiratoire (section Poumons et plèvre) et du système cardiaque (section Appareil vasculaire non thoracique), les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois jours suivant celui de l'intervention. Toutefois, lorsque le médecin réclame les honoraires de plus d'un procédé chirurgical touchant plus d'un système, cette règle ne s'applique que si l'honoraire de la chirurgie du système digestif, du système respiratoire (section Poumons et plèvre) et du système cardiaque (section Appareil vasculaire non thoracique) est le plus élevé.

Dans une unité de soins intensifs, le médecin classé en chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire, en neurochirurgieou en obstétrique-gynécologie, a droit au paiement des visites de contrôle postopératoires; le médecin qui confie le malade aux soins d'un autre médecin de la même discipline n'a pas droit au paiement de ces visites.

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie ou en ophtalmologie, le médecin a droit au paiement des visites de suivi aux soins intensifs à la suite d'une chirurgie. La visite de suivi aux soins intensifs est la visite que le médecin oto-rhino-laryngologiste ou le médecin ophtalmologiste effectue auprès de son patient admis dans une unité de soins intensifs suite à une chirurgie.

Rédaction d'un rapport de consultation

2.4 Le chirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion, a droit au paiement d'un supplément pour la rédaction de son rapport.

Ce supplément est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et s'ajoute au tarif de la visite principale.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation relatifs à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet* B – Tarification des visites.

Supplément de consultation intradisciplinaire

2.5 Un supplément de consultation intradisciplinaire est accordé, pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un chirurgien de sa discipline pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation intradisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation relatifs à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet* B – Tarification des visites.

Supplément de consultation interdisciplinaire

2.6 Un supplément de consultation interdisciplinaire est accordé pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un médecin spécialiste d'une autre discipline, pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation interdisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation appropriés à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet B – Tarification des visites.*

Consultation réglementaire

2.7 Aucun supplément n'est payé au chirurgien qui voit un malade dans le cadre d'une consultation prescrite par une réglementation interne de l'établissement hospitalier.

Supplément de durée

2.8 En chirurgie, un supplément de durée est payé pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe et nécessite une visite d'une durée inhabituelle, minimum 30 minutes.

Nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite. Toutefois, lorsque les tableaux d'honoraires prévoient le paiement d'un supplément en fonction de l'âge du patient, celui-ci est également payable.

Ce supplément de durée s'ajoute à la visite principale d'un malade vu en cabinet privé ou dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Toutefois, en obstétrique-gynécologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe. En ophtalmologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale et pour la visite de contrôle d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de la visite si la durée est supérieure ou égale à 30 minutes.*

Le chirurgien fournit des notes explicatives et il indique le diagnostic ainsi que la durée de la visite ou de la consultationpour laquelle le supplément de durée est facturé. Il doit également indiquer les heures de début et de fin de

toutes les visites et consultations rendus pendant la journée dans le lieu où le chirurgien a facturé au moins un supplément de durée.

Toutefois, cette obligation ne s'applique pas aux visites et consultations effectuées dans le secteur de l'hospitalisation ou à l'urgence d'un centre hospitalier de courte durée.

Le supplément de durée ne s'applique pas au chirurgien général, ni au chirurgien vasculaire.

AVIS **:** *Inscrire le ou les codes de diagnostic sur la facture qui comprend le supplément de durée. Inscrire les heures de début et de fin pour le supplément de durée. Ces heures doivent être les mêmes que celles de la visite.*

Pour connaître les codes de diagnostic, consulter la rubrique Répertoire des codes de diagnostic.

Supplément de consultation en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire et en neurochirurgie

2.9 Les dispositions des articles 2.4, 2.5 et 2.6 ne s'appliquent pas au chirurgien général, au chirurgien vasculaire et au neurochirurgien.

Quel que soit le médecin référant, le chirurgien général, le chirurgien vasculaire ou le neurochirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion a droit à un supplément de consultation déterminé selon le lieu de dispensation du service.

Le supplément s'ajoute au tarif de la visite principale.

Visite de suivi oncologique

2.10 La visite de suivi oncologique en chirurgie générale est la visite que le chirurgien général effectue, en hospitalisation ou en externe, auprès d'un patient ayant un diagnostic de cancer sous traitement de chimiothérapie, 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 peut être facturée une fois par jour, par médecin, par patient. Maximum 4 fois par mois, par médecin.

Elle remplace la visite de contrôle.

Règle 3.
Procédures diagnostiques et thérapeutiques

3.1 Le chirurgien a droit au paiement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qu'il exécute, sauf disposition contraire au tarif.

Règle 4.
Soins simultanés

4.1 Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin spécialiste d'une autre discipline auquel le chirurgien fait appel en raison de l'état du malade.

Celui qui donne des soins simultanés, est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

4.2 Celui qui agit comme assistant lors de la chirurgie, n'a pas droit au paiement d'honoraires pour des soins simultanés.

Règle 5.
Soins post-opératoires confiés

5.1 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie, n'a pas droit au plein tarif.

Celui qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts de l'honoraire global .

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin**.
Inscrire le numéro de professionnel de ce médecin.

Celui qui donne les soins post-opératoires a droit au quart de l'honoraire global ; toutefois, pour le chirurgien classé dans une discipline autre que la chirurgie générale ou la chirurgie vasculaire, on lui accorde la moitié de cet honoraire, si ce chirurgien est un consultant auquel le centre hospitalier a fait appel ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier .

AVIS **:** *Le médecin qui réclame les soins post-opératoires doit facturer le même code de facturation que le chirurgien principal.*
Utiliser l'élément de contexte **Soins-post opératoires confiés par un autre médecin** *et si requis, l'un ou l'autre des éléments de contexte suivants:* **Médecin consultant** *ou* **Chirurgie pratiquée dans un autre centre hospitalier**.
Inscrire le numéro du professionnel qui a pratiqué la chirurgie.

Règle 6.
Chirurgie incluse ou complémentaire

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Cette règle ne s'applique toutefois pas, lors d'une chirurgie de l'appareil musculo-squelettique, à l'exérèse de clous, broches, vis ou plaques.

6.2 Le chirurgien a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

Règle 7.
Séances opératoires distinctes

7.1 Sous réserve de l'article 8.5, les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes, donnent droit au plein tarif.

Règle 8.
Chirurgies multiples

AVIS **:** *Les actes dont le libellé indique « additionnel » ou « supplément » sont payés à plein tarif.*

8.1 Sont payées demi-tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues par ce tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance**.

8.2 Toutefois, en neurochirurgie, sont payées à plein tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire à des sites différents.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie**.
S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent.**

8.3 Un seul honoraire de la section *Appareil vasculaire non thoracique chirurgie ouverte, toute technique*, ainsi que le service médical codé 04053 de la section *Chirurgie endovasculaire pour traitement d'anévrisme ou de dissection aortique, toute technique* est accordé pour l'ensemble des chirurgies de ces sections pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

AVIS **:** *Utiliser les éléments de contexte :*
- Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance;
- Autre incision.

8.4 Toutefois, en chirurgie plastique, sont payées à 100 % les chirurgies simultanées de transferts nerveux multiples bilatéraux pour revitalisation des membres supérieurs chez un patient tétraplégique. Sont également payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre « APPAREIL VISUEL » et pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale payée à 100 %. De plus, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 % pour la chirurgie dont le tarif est le plus élevé et à 75 % pour les autres chirurgies

AVIS **:** *Si l'une des situations s'applique, utiliser l'élément de contexte approprié :*

- **Chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance***;*
- **Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance***;*
- **Chirurgies simultanées pour revitalisation des membres supérieurs chez un patient tétraplégique**.

Toutefois, en ophtalmologie, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 % pour la chirurgie dont le tarif est le plus élevé et à 50 % pour les autres chirurgies.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance**.

8.5 De plus, les chirurgies multiples apparaissant au chapitre APPAREIL VISUEL et pratiquées auprès d'un patient au cours d'une journée, même lors de séances opératoires différentes, sauf la chirurgie principale, la chirurgie effectuée en urgence, l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique sont également payées à 75 % en chirurgie plastique, et à 50 % en ophtalmologie.

AVIS **:** *Utiliser :*

- l'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente***;*

- s'il y a lieu, l'élément de contexte **Soins d'urgence** *ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte* **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE**.

8.6 Toutefois, en dermatologie, sont payées à plein tarif les quatre (4) premières tumeurs malignes prouvées histologiquement, réséquées à la même séance (actes codés **01131** et **01133**).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Il s'agit de l'une des 4 premières tumeurs malignes.**

Règle 9.
Chirurgies distinctes

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique ainsi que pour un chirurgien vasculaire qui pratique une chirurgie autre que vasculaire.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie distincte pratiquée à la même séance par un autre médecin de spécialité différente**.

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

Cependant, en obstétrique-gynécologie et en urologie, lorsqu'un médecin fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé dans la même spécialité afin de pratiquer une chirurgie de retrait d'une bandelette sous-urétrale, la chirurgie principale de retrait de la bandelette effectuée par cet autre médecin à qui il est fait appel est également payée au plein tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie de retrait d'une bandelette sous-urétrale à la demande d'un autre médecin et effectué lors d'une même séance opératoire.**

De plus, en obstétrique-gynécologie, lorsqu'un médecin fait appel à l'expertise d'un autre médecin classé dans la même spécialité afin de pratiquer une chirurgie du sein, la chirurgie principale du sein effectuée par cet autre médecin à qui il fait appel est également payée au plein tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie du sein effectuée à la demande d'un autre médecin en obstétrique ou gynécologie**.

9.3 En ophtalmologie, lorsqu'un ophtalmologiste doit faire appel à un ophtalmologiste surspécialisé pour pratiquer une ou des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

AVIS **:** *Seul l'ophtalmologiste surspécialisé doit utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie distincte pratiquée à la même séance par un ophtalmologiste surspécialisé**.

Règle 10.
Assistance

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;

ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;

iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS **:** *L'assistant-chirurgien doit s'assurer de facturer le même acte (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Toutefois, lorsqu'un acte réservé au chirurgien collaborateur est réclamé, le médecin assistant (rôle 4) associé à la chirurgie principale ne peut être rémunéré.

Le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code de facturation de son entente correspondant au service rendu.

10.2 Malgré la Règle 10.1, lorsqu'un acte réservé au chirurgien collaborateur est réclamé, aucun honoraire n'est payable au médecin qui assiste le chirurgien principal. Toutefois, lorsque les honoraires des services chirurgicaux codés 04042 ou 04044 sont réclamés par le médecin collaborateur, le médecin assistant d'une autre spécialité qui assiste le chirurgien principal a droit au paiement de ses honoraires.

Règle 11.
Forfait pour chirurgie complexe ou robotique

11.1 Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS **:** *Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant, voir le code de facturation* ***07251.***

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient pour la durée du temps anesthésiologique sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 1 de l'Annexe 15.

AVIS **:** *Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé, voir les codes de facturation* ***01425****,* ***01426*** *et leurs suppléments.*

Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 130 $ de l'heure. Le temps est comptabilisé en quarts d'heure (32,50 $).

Utiliser l'un des codes de facturation ci-dessous :

05987 *assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;*
05988 *assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;*
05989 *assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;*
05990 *assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;*
05991 *assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;*
05992 *assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.*

Pour tous ces codes de facturation, inscrire la durée de l'assistance.
Le rôle 1 est obligatoire.

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 de facturation* ***05993, 05994, 05995, 05996, 05997*** *et* ***05998****.*

11.2 Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie robotique d'une durée anesthésiologique de deux heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait.
Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient pour la durée du temps anesthésiologique. Toutefois, le médecin collaborateur en chirurgie robotique est rémunéré sous forme de forfait. Aucun médecin ne peut facturer l'assistance chirurgicale (rôle 4) pour une chirurgie robotique à l'égard de ce patient dans la même journée.
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 de facturation* ***05981, 05982, 05983*** *et* ***05984****.*

Oto-rhino-laryngologie

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie seulement)

AVIS **:** *Voir la règle 11.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 106,05	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 382,60	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 080,95	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 378,05	21
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	2 972,70	21
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 864,50	21

Note : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (codes 01425, 01426 et leurs suppléments) par un médecin de la même spécialité, ce dernier peut facturer ce service à plein tarif nonobstant la Règle 9 de l'Addendum 4 - Chirurgie

Forfait pour chirurgie robotique
(Acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie seulement)

AVIS **:** *Voir la règle 11.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

05981	durée anesthésiologique d'au moins 2 heures	720,00	18
05982	par 15 minutes additionnelles complétées	90,00	

AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de l'intervention*.

05983	chirurgien collaborateur durée anesthésiologique d'au moins 2 heures	648,00	
05984	chirurgien collaborateur par 15 minutes additionnelles complétées	81,00	

AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle de l'intervention*.
Le rôle 1 est obligatoire pour les codes ***05983*** *et* ***05984***.

Note : Le médecin spécialiste ne peut facturer ce service en même temps que le forfait de chirurgie complexe

Note : Le rôle 4 et l'assistance chirurgicale pour chirurgie complexe ne sont pas facturables pour une chirurgie robotique

Règle 12.
Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe ou pour malformation congénitale complexe

Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe chez les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe, d'une durée anesthésiologique de trois heures ou plus, peuvent être rémunérées sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomoses vasculaires ou nerveuses, ou si deux chirurgiens procèdent simultanément à des transferts nerveux multiples bilatéraux pour revitalisation des membres supérieurs chez un patient tétraplégique ou, si au cours d'une autre séance, il y a réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 1 de l'Annexe 15. De plus, lorsqu'un supplément d'honoraires est payable pour les microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou pour un patient ayant un IMC > = 40, le médecin assistant a également droit à 25 % du tarif.

AVIS **:** *S'il s'agit de chirurgies simultanées pour revitalisation des membres supérieurs chez un patient tétraplégique, inscrire l'élément de contexte* **Chirurgies simultanées pour revitalisation des membres supérieurs chez un patient tétraplégique**.
*Voir également la règle 8.4 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Le tarif de l'assistance chirurgicale est de 130 $ de l'heure. Le temps est comptabilisé en quarts d'heure (32,50 $).*

Pour demander le tarif, utiliser l'un des codes de facturation suivants :

05966 *assistance pour une durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total;*
05967 *assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;*
05968 *assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;*
05908 *assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;*
05909 *assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;*
05910 *assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;*
05911 *assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.*

Pour tous ces codes de facturation, inscrire la durée de l'assistance.

Les codes de facturation ***05966****,* ***05967*** *et* ***05968*** *doivent être demandés uniquement dans les centres hospitaliers suivants, à l'exception des cas*
de plexus brachial, de cas de nerfs périphériques complexes et de microanastomoses lymphatico-veineuses :
- CHU Saint-Justine;
- CUSM - Site Glen (pédiatrique);
- CHUQ - Pavillon CHUL;
- Tout autre centre hospitalier et médecin désignés par les parties négociantes.
Le rôle 1 est obligatoire.
Avis : *Pour les codes de facturation* ***05963 à 05968****, s'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Forfait pour reconstruction en chirurgie plastique pratiquée dans un des cas d'exception**.

S'il s'agit du supplément pour microanastomose vasculaire ou nerveuse lors d'une assistance chirurgicale, utiliser l'un des codes de facturation suivants :

05912 *par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément 184,71 $;*
05906 *si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément 52,78 $;*
05913 *par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément 158,33 $;*
05907 *si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément52,78 $;*
05918 *pour patient ayant un IMC > = 40, supplément 79,16 $.*
Le rôle 1 est obligatoire.

Pour les codes de facturation ***05912*** *et* ***05913****, inscrire le nombre de microanastomoses.*

AVIS **:** *Pour le code de facturation* ***05918,*** *inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

Chirurgie plastique

Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatismes complexes ou pour malformation congénitale complexe

AVIS **:** *Voir la règle 12 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie.

		R = 1	R = 2
05963	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	1 043,25	18
05964	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 341,05	18
05965	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 936,55	18
05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 382,05	18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 977,55	21
05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 573,10	21
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 168,60	21
05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	738,85	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de microanastomoses vasculaires*.		
05914	si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément	211,10	
05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément	633,30	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de microanastomoses nerveuses*.		
05915	si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément	211,10	
	Note : Le protocole opératoire est requis pour les codes 05914 et 05915. Note : Les codes 05914 et 05915 ne sont pas facturables dans le cas de reprise de microanastomose déjà facturée.		
05936	pour patient ayant un IMC >=40, supplément	316,65	

AVIS **:** *Pour le code de facturation 05936, inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40*.

Note : Les codes 05963, 05964 et 05965 ne peuvent être facturés que dans les centres hospitaliers suivants, à l'exception des cas de plexus brachial, de cas de nerfs périphériques complexes et de microanastomoses lymphatico-veineuses :
- CHU Sainte-Justine
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- CHUQ - Pavillon CHUL
- Tout autre centre hospitalier et médecin désignés par les parties négociantes

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **05963 à 05968**, s'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Forfait pour reconstruction en chirurgie plastique pratiquée dans un des cas d'exception**.

Règle 13.
Forfait pour chirurgie complexe en neurochirurgie

Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant et du médecin intensiviste agissant dans le cadre de l'Annexe 29.

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 de facturation* ***05954, 05955, 05956, 05957, 05958, 05959, 05960, 05961*** *et* ***05962****.*

Neurochirurgie

		R = 1	R = 2
	Forfait pour chirurgie complexe		
	(acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie seulement)		
05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 500,00	21
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 000,00	21
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 927,50	21

AVIS **:** *Voir la règle 13 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

	Assistance opératoire :	
05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	385,50
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	646,35
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	899,15
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 163,70
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 412,80
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures	1 540,90

Note : Les majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS **:** *Voir la règle 13 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'assistance opératoire.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Règle 14.
Forfait pour chirurgie oculaire complexe

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les cas de chirurgie oculaire complexe d'une durée de plus de 90 minutes peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur une base horaire selon le tarif prévu à l'article 1 de l'Annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps opératoire, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS **:** *Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 130 $ de l'heure.*

Utiliser les codes de facturation suivants :

- ***05952*** *assistance pour une durée opératoire d'une heure et demie;*
- ***05953*** *assistance par quart d'heure additionnel.*

Inscrire la durée additionnelle pour l'assistance.

Le rôle 1 est obligatoire.

Ophtalmologie

		R = 1	R = 2
	Forfait pour chirurgie oculaire complexe		
	(acte réservé aux spécialistes en ophtalmologie seulement)		
05950	durée opératoire d'une heure et demie	507,70	15
05951	par quart d'heure additionnel	84,60	

AVIS **:** *Inscrire la durée additionnelle au temps opératoire.*
*Voir la règle 14 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

Règle 15.
Honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées pendant certaines heures

15.1 Un honoraire additionnel est versé au chirurgien pour une chirurgie effectuée en établissement pendant certaines heures.

Cet honoraire ne s'applique qu'au médecin classé dans une des disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, obstétrique, gynécologie, obstétrique-gynécologie, neurochirurgie, urologie ou ophtalmologie.

De plus, cet honoraire ne s'applique qu'à l'égard d'une chirurgie apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2) et impliquant l'intervention d'un médecin anesthésiologiste.

15.2 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le chirurgien qui satisfait aux conditions prévues à la règle 15.1 a également droit aux honoraires suivants :

i) Lorsqu'une chirurgie a cours entre 17 h et 19 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel sous forme d'unités de durée, lesquelles correspondent au temps opératoire que le chirurgien consacre au soin du malade pendant cette période.

On calcule le temps opératoire par période de 15 minutes. On compte comme une période, le dernier temps d'une opération, même s'il ne dure pas 15 minutes.

La valeur d'une unité de durée est de 22,15 $.

05917	Honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes	22,15 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début de la chirurgie, ou 17 h si celle-ci débute avant 17 h, et l'heure de fin.*

15.3 Lorsqu'une disposition de l'Accord-cadre prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

Règle 16.
Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie générale

16.1 Pour le médecin classé en chirurgie générale, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant et du médecin intensiviste agissant dans le cadre de l'Annexe 29.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 et des suppléments d'IMC sous les onglets H – *Système respiratoire* et L – *Système digestif*, lesquels s'ajoutent le cas échéant.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***05928, 05929, 05937, 05938, 05939, 05940, 05941, 05942, 05943, 05944, 05945, 05946, 05947, 05948*** *et* ***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	1 254,95	18
05938	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 464,10	18
05939	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 673,25	18
05940	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 091,60	18
05941	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 353,05	21
05942	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 614,45	21
05943	durée anesthésiologique de 10 à 11 heures au total	2 875,95	21
05944	durée anesthésiologique de plus de 11 heures	3 137,35	21
05928	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh B, supplément	78,40	
05929	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh C, supplément	104,60	

AVIS **:** *Voir la règle 16 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie.
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Assistance opératoire

05945	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	313,75
05946	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	575,20
05947	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	888,95
05948	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 045,80
05949	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures	1 568,70

Note : Les majorations d'urgence prévues 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 l'heure de fin de l'assistance opératoire. Si les périodes d'assistance concernent plus d'un patient anesthésié, compléter une facture par patient et inscrire les heures de début et de fin de chaque période. Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Règle 17.
Forfait pour chirurgie complexe en urologie

17.1 Pour le médecin classé en urologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***05969, 05970, 05971, 05972, 05973, 05974, 05975, 05976, 05977, 05978, 05979*** *et* ***05980***.

Urologie

Forfait pour chirurgie complexe
(Acte réservé aux spécialistes en urologie seulement)

05969	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 266,60	18
05970	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 583,25	18
05971	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 899,90	18
05972	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 216,55	18
05973	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 533,20	21
05974	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 849,85	21
05975	durée anesthésiologique de plus de 10 heures	3 166,50	21

AVIS **:** *Voir la règle 17 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique.
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Assistance opératoire :

05976	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	316,65
05977	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	580,55
05978	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	897,20
05979	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 055,50
05980	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures	1 583,25

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 17 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'assistance opératoire. Si les périodes d'assistance concernent plus d'un patient anesthésié, compléter une facture par patient et inscrire les heures de début et de fin de chaque période. Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Addendum 7. - Microchirurgie

Règle 1.
Application

1. Cet addendum régit la microanastomose.

On entend par microanastomose, une chirurgie pratiquée sous microscopie; n'est pas visé l'emploi de lunettes grossissantes.

On entend par amputation, la séparation du corps soit d'un membre soit d'une petite partie d'un membre.

Règle 2.
Description des nerfs

2.1 On entend par « nerfs majeurs » les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sural, sciatique poplité externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané ainsi que les nerfs crâniens tels que supra-orbitaire, infra-orbitaire, mentonnier, dento-alvéolaire inférieur, spénopalatin et grand palatin.

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

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

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

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

Règle 3.
Tarification

3.1 Le tarif de chirurgie prévoit une tarification spécifique pour la microanastomose.

L'honoraire maximum auquel donne droit une microanastomose, correspond au tarif d'une réimplantation (avec ou sans greffe).

F — Peau phanères tissu cellulaire sous cutané et muqueuses

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec l'élément de contexte* **Site différent.**

Note : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes suivants : 01010, 01012, 01021, 01324, 01338, 01386, 01388, 01395, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419, 01460, 01463, 01464, 01465 et 01029 et elle est également requise pour les codes suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 01310, 01311, 01312, 01405, 01406, 01416 et 01417.

De plus, l'autorisation de la Régie est aussi requise pour les codes 01233 et 01234 lorsque effectués chez un patient de plus de 18 ans.
Note : Aucune autorisation n'est nécessaire pour les codes 01405, 01406, 01416 et 01417 pour un médecin désigné à l'Annexe 39, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou, pour un patient post-brûlure au 3e degré, dont les cicatrices causent des limitations fonctionnelles et/ou des plaies chroniques.
Note *:* L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

01334	changement de pansements sous anesthésie au bloc opératoire incluant le débridement	332,50	***7***
01340	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément	110,85	
01031	Un supplément est payable pour les codes 01010, 01012, 01021, 01343, 01373, 01402, 01407, 01410, 01423, 01434 et 01435 du chapitre « Peau - Phanères - Tissu cellulaire sous cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC >= 40 (pour chirurgien plastique seulement)	316,65	

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

Un supplément est payable sur le tarif de base des codes 01201, 01205, 01228, 01230, 01231, 01232, 01251, 01252 et 01334 du chapitre « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC >= 40, à l'exception du médecin classé en chirurgie générale pour lequel l'IMC du patient doit être >= 45.

01025	Acte de moins de 105 $, supplément	20,90	
01026	Acte entre 105 $ et 314 $, supplément	62,75	
01027	Acte entre 315 $ et 634 $, supplément	115,05	
01028	Acte de 635 $ et plus, supplément	177,80	

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

Pour le médecin classé en chirurgie générale, inscrire l'IMC du patient s'il est supérieur ou égal à 45.

Abcès, hématome ou sérome, unique ou multiple , incluant le drainage, le cas échéant

sans anesthésie ou sous anesthésie locale

01013	sous-cutané, panaris ou fenestration d'un ongle	46,65	
01014	périanal (PG-28)	64,30	
01015	palmaire ou digital (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	176,95	
01016	intramusculaire	138,55	

sous anesthésie régionale ou générale

01017	sous-cutané (PG-28)	101,85	5
01024	cervical (PG-23)	292,10	6
01018	périanal (PG-23)	114,35	5
01019	palmaire ou digital (PG-28)	311,10	5
01020	intramusculaire (PG-28)	138,55	5

Excision conventionnelle ou par cryochirurgie

Tumeur bénigne ou prémaligne

(biopsies comprises) :

Sont visées les kératoses actiniques ainsi que les lésions qui présentent des critères de malignité potentielle ou causant un trouble fonctionnel ou physiopathologique objectivable. Les tumeurs bénignes ne causant pas d'interférences fonctionnelles ou qui sont retirées pour des raisons esthétiques ne constituent pas des services assurés.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **01102** à **01109** et **01121** à **01124**, la lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque la lésion est de forme rectangulaire.*

Tête, cou et organes génitaux

sans anesthésie ou sous anesthésie locale

01101	sans suture	15,95	

AVIS **:** *Voir la Règle d'application n° 32.*

avec suture

01102	**2 cm ou moins (PG-28)**	17,75	
01103	**2 cm à 5 cm (PG-28)**	77,60	
01104	**plus de 5 cm (PG-28)**	138,55	
	sous anesthésie régionale ou générale		
	avec suture		
01105	2 cm ou moins (PG-28)	133,00	5
01106	2 cm à 5 cm (PG-28)	147,45	5
01107	plus de 5 cm	207,25	5
	Autre région		
	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
	sans suture		
01108	5 cm ou moins	14,05	
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 32.		
01109	plus de 5 cm	42,80	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **01108** et **01109**, utiliser une ligne par lésion.*		
	avec suture		
01121	5 cm ou moins (PG-28)	38,55	
01122	plus de 5 cm (PG-28)	57,85	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01123	5 cm ou moins (PG-28)	109,35	5
01124	plus de 5 cm (PG-28)	130,55	5
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **01121**, **01122**, **01123** et **01124**, utiliser une ligne par lésion.*		
	Note : Maximum de 4 lésions rémunérables par séance.		
	AVIS **:** *Utiliser les éléments de contexte* **Site différent** *et* **Chirurgie multiple effectuée à la même séance**.		
	Lipomatose diffuse ou neurofibromatose		
01126	Exérèse de 5 à 10 lésions	156,90	5
01051	Exérèse de 11 lésions ou plus	292,35	7
	Autres conditions		
	Exérèse de kystes sébacés : infectés ou inflammés ou causant un trouble pathophysiologique objectivable :		
01169	tête et cou (PG-28)	19,65	5
01172	autres localisations	45,00	5
	Note : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables		
	AVIS **:** *Utiliser les éléments de contexte* **Site différent** *et* **Chirurgie multiple effectuée à la même séance.**		
	AVIS **:** *Utiliser une ligne par lésion.*		
	Traitement des angiomes-plans (excluant les malformations capillaires autorésolutives), des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux,à la face ou au cou, par laser, chez les patients de moins de 18 ans		
	sous anesthésie :		

01110	par cm carré	26,90	4
	maximum par séance	269,00	
	sans anesthésie :		
01112	par cm carré (PG-28)	12,50	
	maximum par séance	62,50	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **01110** et **01112**, inscrire la superficie traitée.*

Traitement des angiomes plans, des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, au corps, par laser, chez les patients de moins de 18 ans

	sous anesthésie :		
01043	par cm carré	26,90	4
	maximum par séance	269,00	
	sans anesthésie :		
01044	par cm carré (PG-28)	12,50	
	maximum par séance	62,50	

Note : Les codes 01043 et 01044 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.

Traitement des angiomes plans d'une superficie de 6 cm carrés ou plus, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de 18 ans et plus

	sous anesthésie :		
01045	par cm carré	26,90	4
	maximum par séance	269,00	
	sans anesthésie :		
01046	par cm carré (PG-28)	12,50	
	maximum par séance	62,50	

Note : Les codes 01045 et 01046 ne peuvent être facturés plus de 2 fois par patient, par année.

Laser ablatif

Traitement de tumeurs cutanées secondaires à une génodermatose documentée, par laser ablatif, à la face ou au cou

	sous anesthésie :		
01047	par cm carré	31,65	5
	maximum par séance	316,50	
	sans anesthésie :		
01048	par cm carré (PG-28)	15,85	
	maximum par séance	158,50	

Note : Les codes 01047 et 01048 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **01043, 01044, 01045, 01046, 01047** et **01048**, inscrire la superficie traitée.*

Traitement de chéilite actinique touchant plus de 50 % de la lèvre, par laser ablatif, par séance

01049	réalisé en cabinet privé	152,75	

01050	réalisé en établissement	79,15	
	Note : Les codes 01049 et 01050 ne peuvent être facturé plus d'une fois par patient, par année.		

Tumeurs malignes

01130	Exérèse d'un mélanome confirmé histologiquement, supplément	102,05	
	Note : Le code 01130 peut être facturé avec les les codes 01131, 01132, 01133 et 01134.		
	(biopsies comprises)		
	par excision chirurgicale		
	Tête, cou et organes génitaux		
01131	sous anesthésie locale	117,30	
	AVIS **:** *Voir la règle 8.6 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
01132	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	378,95	6
	Autre région		
01133	sous anesthésie locale	57,90	
	AVIS **:** *Voir la règle 8.6 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
01134	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	294,95	6
	Excision de lésion maligne de la peau selon la technique de Tromovitch		
01199	première couche (PG-28)	292,10	6
01190	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28) maximum 2 couches supplémentaires	116,85	
	Note : L'exérèse du noyau tumoral ne peut être considérée comme une première couche et ne peut être facturée en sus.		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de couches supplémentaires.*		
	Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)		
	Note : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme : - l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu; - l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique; - la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.		
	Note : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit : - d'un cancer récidivant ou - d'une tumeur de plus de 1 cm à la tête ou au cou ou - d'une tumeur de plus de 2 cm au niveau des membres supérieurs ou		

- d'une tumeur de plus de 3 cm au niveau du tronc ou des membres inférieurs ou
- d'une tumeur, dont la situation anatomique requiert la préservation du tissu, intéressant une lèvre (cutanée et vermillon), une paupière, le nez, une oreille, un sourcil, une main, un pied, l'anus ou les organes génitaux ou
- d'un cancer morphéïforme ou infiltrant

Note : Les codes 01302 et 01303 ne peuvent être facturés dans les cas de mélanome, à l'exception des mélanomes de type lentigo malin superficiel.

Note : Les codes 01302 et 01303 constituent un honoraire global et incluent les consultations effectuées dans les douze mois précédents, ainsi que les visites principales et les visites de contrôle faites dans les douze mois suivants. Cette note s'applique dans tous les lieux de dispensation.

01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	385,85	
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	96,45	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de couches supplémentaires.*

Lipectomie fonctionnelle

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **01010**, **01012** et **01021**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

*Pour les codes de facturation **01012** et **01021**, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

01010	Excision du tablier graisseux abdominal	914,90	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	714,90	5
01021	membre inférieur	883,75	5
	Liposuccion d'un lambeau préalablement greffé :		
01210	sous anesthésie locale	70,75	
01211	sous anesthésie générale	107,20	5

Onycectomie

doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :

01215	simple (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	51,45	4

01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	192,90	5

Sinus pilonidal

(kyste sacro-coccygien) :

01217	excision simple (PG-28)	270,00	5
01220	excision et plastie (PG-28)	270,00	5
01221	marsupialisation (PG-28)	270,00	5

Exérèse de corps étrangers

01196	simple (PG-28)	31,05	4
01197	compliquée (faite au bloc opératoire sous anesthésie régionale ou générale)	305,75	6

Note : Le code 01197 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.

Verrue et molluscum contagiosum

Excision chirurgicale :

excluant tête :

01222	première (PG-28)	10,25	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum 15 verrues additionnelles	2,55	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'excisions*.

tête :

01223	première (PG-28)	14,85	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum 9 verrues additionnelles	3,55	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'excisions*.

plantaire excluant l'émondage :

01225	première	18,90	5
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum de 10 verrues additionnelles par séance	5,30	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'excisions*.

01227	en mosaïque (excision totale) par séance	55,20	5
01224	excision totale et plastie	117,60	5

Note *:* Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.

Cautérisation

Cryo ou chimiocautérisation - voir cryothérapie et chimiothérapie, à la section Procédés diagnostiques et thérapeutiques

Réparation de plaies (débridement compris)

Lacérations simples

face et cou :

Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01320	moins de 1 cm (PG-28)	52,80	5
	par cm additionnel	20,50	

AVIS **:** *Indiquer la longueur de la réparation.*

autres localisations :

pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01323	moins de 1 cm (PG-28)	42,20	5
	par cm additionnel	11,00	

AVIS **:** *Indiquer la longueur de la réparation.*

Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)

01316	1er centimètre	116,85	5
	par centimètre additionnel	23,40	

AVIS **:** *Indiquer la longueur de la suture.*

Le code de facturation **01316** *peut être demandé seulement lorsqu'aucun autre acte n'est effectué au cours d'une même séance.*

Si plusieurs chirurgies sont effectuées, utiliser le code de facturation **01317**.

au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément

01317	**1er centimètre**	27,70	
	par centimètre additionnel	11,10	

AVIS **:** *Indiquer la longueur de la suture.*

Le code de facturation ***01317*** *est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code de facturation* ***01316****.*

Lacérations compliquées

Note : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

face et cou :

01322	moins de 2,5 cm (PG-28)	110,85	5
	par 2,5 cm additionnels	38,80	
	maximum payable pour l'ensemble des plaies	692,85	
	AVIS **:** *Inscrire la longueur de la réparation.*		
01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (PG-28), faites en salle d'opération, sous anesthésie générale	438,05	5
	Note : Le code 01325 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.		
	débridement isolé de plaie :		
	Note : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaie lorsqu'elles sont faites en même temps.		
01327	chaque unité de 1 cm (PG-28)	8,25	
	valeur maximum	148,50	
	AVIS **:** *Inscrire la longueur de la réparation.*		

sous anesthésie régionale ou générale

01032	chaque unité de 1 cm	10,55	5
	valeur maximum	369,25	
	AVIS **:** *Inscrire la longueur de la réparation.*		
01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	277,60	6

Brûlures

débridement isolé de brûlures

moins de 10 % de la surface corporelle
Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé

01345	entre 10 % et 30 % de la surface corporelle, par cm (PG-28)	1,50	8
	valeur maximum	375,00	
	AVIS **:** *Indiquer la longueur de la brûlure.*		
01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux (PG-28)	500,25	8
01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant	633,30	8
	AVIS **:** *Ne pas fournir le compte-rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.*		

Escharotomie de décompression chez les brûlés

01346	tronc (PG-28)	110,85	5
01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28)	225,55	5
01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	240,85	5

Note : 1. Les codes 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les codes 01339 et 01345.

2. Si une ou des fasciotomies sont nécessaires, à la même séance et sur le même segment de membre qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.

01321	Injections multiples de Kénalog sous anesthésie générale, par quart d'heure	47,20	6

AVIS **:** *Indiquer la durée d'intervention (injections).*

Résection d'un moniteur de lambeau

01033	Résection d'un moniteur de lambeau cutané, musculaire et/ou muqueux	158,35	6

Greffe capillaire

01338	par greffon	5,30	4
	maximum par séance	371,00	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de greffons et le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Micro-greffe capillaire

01324	par unité folliculaire	2,20	
	maximum par séance	2 750,00	
	maximum par patient	5 500,00	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'unités folliculaires.*

AVIS **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

Greffes cutanées ou greffes cultivées

A moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.

01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	77,60	4
	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraft)		
01360	première application	116,35	5
01361	application additionnelle ou subséquente	29,50	4
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'applications.*		

Greffes par glissement, rotation ou transposition

Note : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. Cette note s'applique aux codes 01365, 01367 et 01373.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente**.

	Lambeau		
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	318,55	5
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	312,65	4
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28) Note : Le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.	515,75	5
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28)	1 061,85	6
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
01353	sans microchirurgie	1 080,55	6
----	avec microchirurgie	**(voir greffe libre)**	
	Transfert d'un lambeau : sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :		
01368	en un temps (PG-28)	587,40	5
01369	en deux temps	498,70	6
01336	Transfert d'un gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28)	1 150,35	8

Greffe pédiculée (à distance)

	stage majeur :		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	387,90	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	530,90	7

	stage secondaire :		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	277,05	6
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	277,05	5
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	166,25	4

Greffe libre

Note : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. Cette note s'applique aux codes 01385, 01395, 01423, 01424, 01425 et 01426.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente**.

01362	bout du doigt (PG-28)	265,95	6
01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	265,45	6
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services	2 651,10	18
	tête et cou :		
01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	332,50	6
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	519,15	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28)	609,55	6
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	237,10	5
01356	cavité nasale (PG-28)	292,10	5
01357	cavité buccale	337,50	5
01358	sous une greffe pédiculée	157,75	4
01359	cavité osseuse importante	259,35	5
	autres régions :		
01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	259,55	5
01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	389,30	5
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	648,90	5
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	6,75	
	maximum par séance	1 080,90	

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation correspondant à la superficie totale de la greffe ou de toutes les greffes effectuées dans des régions autres que la tête, le cou ou une cavité. De plus, pour le code de facturation 01343, inscrire la superficie totale.*

Lambeau neuroinsulaire

Note : Le lambeau neuroinsulaire est mineur lorsqu'il est réalisé sans l'assistance d'un anesthésiologiste,
en salle d'intervention en établissement, en clinique externe ou en cabinet.

Le lambeau neuroinsulaire est majeur lorsqu'il est réalisé avec l'assistance d'un anesthésiologiste,
en salle d'opération ou en salle d'intervention en établissement.

01385	lambeau neuroinsulaire mineur (PG-28)	672,50	
01423	lambeau neuroinsulaire majeur	1 533,80	15
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	1 352,45	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant un ou plusieurs pédicule(s) vasculaire(s)	2 220,20	18
01318	avec greffe nerveuse, supplément	132,60	
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 840,40	18
01319	avec prise de greffon nerveux distant, supplément	132,60	
01427	cutané, supplément	140,20	
01428	musculaire, supplément	134,85	
01429	osseux, supplément	134,95	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	194,75	

Note : Les suppléments codés 01427, 01428, 01429 et 01430 s'appliquent aux codes 01425 et 01426.

01387	Lambeau jambes croisées	449,45	8
01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	169,45	7
01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	416,85	6

AVIS **:** *Pour le code de facturation **01395**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie, **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, utiliser l'élément de contexte* **Post chirurgie mammaire assurée**.

01035	si injection de 150cc à 299cc de graisse, supplément	158,35	
01036	si injection de 300cc ou plus de graisse, supplément	316,65	
01396	Greffe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépiphysiodèse, supplément	118,00	

Note : Le code 01396 ne peut être facturé avec le code 01395 à la même séance.

Dermabrasion : sablage

AVIS **:** *Lorque les codes de facturation **01310, 01311** et **01312** sont demandés, utiliser l'élément de contexte **Cicatrice située à la face ou au cou** le cas échéant, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :

01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	180,25	6
01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	113,75	6
01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	81,20	5

Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales

AVIS **:** *Lorsque les codes de facturation **01405, 01406, 01416** et **01417** sont demandés, utiliser l'élément de contexte **Cicatrice située à la face ou au cou** le cas échéant, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :

01405	moins de 4 cm (PG-28)	73,20	6
01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	269,55	6
01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	401,15	6
01417	de 21 cm et plus (PG-28)	498,70	6

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation correspondant à la longueur totale de la ou des cicatrices corrigées.*

Seins

AVIS **:** *Pour tous les codes de facturation de la section* Seins, *utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

Note : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4 - Chirurgie, tout acte réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

Incision

01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	100,90	6

Excision

01201	Biopsie incisionnelle ou excisionnelle pour lésion bénigne ou maligne simple ou multiple du sein (PG-28)	210,95	6
01255	après localisation toute technique, supplément	64,30	

01205	Mastectomie partielle ou tumorectomie pour pathologie bénigne ou maligne, incluant la biopsie à la même séance, le cas échéant, excluant la gynécomastie chez l'homme de plus de 18 ans (PG-28)	401,15	7
01251	après localisation toute technique, supplément	64,30	
01252	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	154,30	
01226	avec ajout d'une dissection axillaire dirigée, après localisation du ganglion marqué en préopératoire, toute technique, supplément	64,30	
01228	avec dissection axillaire, supplément	372,95	
01230	Mastectomie simple ou totale	567,20	8
01037	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	154,30	
01030	avec ajout d'une dissection axillaire dirigée, après localisation du ganglion marqué en préopératoire, toute technique, supplément	64,30	
01052	avec dissection axillaire, supplément	376,40	
01038	Mastectomie totale avec préservation cutanée et/ou du complexe aréolo-mamelonnaire	732,05	8
01053	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	155,75	
01034	avec ajout d'une dissection axillaire dirigée, après localisation du ganglion marqué en préopératoire, toute technique, supplément	64,30	
01054	avec dissection axillaire, supplément	376,40	
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	932,35	10
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	1 038,35	12
01055	Résection de tissu cutanéo-adipeux dans la prolongation de la ligne thoraco-axillaire, post mastectomie, dans un contexte oncologique, y compris dans le cadre d'une mastectomie prophylactique, en vue d'une correction de cicatrice, effectuée sous anesthésie générale Note : L'acte codé 01055 ne peut être facturé dans la même séance que les actes codés 01038, 01205, 01230, 01231 et 01232. Note : L'acte codé 01055 peut être facturé seulement si auparavant, le patient a subi au moins une des chirurgies prévues aux codes suivants : 01038, 01205, 01230, 01231 et 01232.	250,00	6
	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie		
01233	unilatérale	267,65	6
01234	bilatérale	512,35	6
	Note *:* L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.		
	AVIS **:** *Lorsque les codes de facturation **01233** et **01234** sont demandés pour un patient de plus de 18 ans, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*		
01176	Capsulectomie totale du sein (PG-28) Note : Ne pas joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique pour ce service, mais les conserver au dossier aux fins de références.	451,15	4

Note : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % pour le médecin spécialiste en chirurgie plastique.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente**.

01235	Excision du mamelon	61,40	5

Réparation

Note : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente**.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***01029, 01386****,* ***01388****,* ***01401****,* ***01402****,* ***01407****,* ***01410****,* ***01419*** *et* ***01465,*** *inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

*Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale suite à une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré est d'emblée autorisée. Pour les codes de facturation visés (****01029****,* ***01386****,* ***01388****,* ***01401****,* ***01402****,* ***01407****,* ***01410****,* ***01419*** *et* ***01465****), utiliser l'élément de contexte* **Post chirurgie mammaire assurée**.

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale pré ou rétro-pectorale	613,50	6
01039	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expanseurs, supplément	316,65	
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	2 123,70	10
	Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal		
01407	sans implant	1 548,30	10
01410	avec implant	1 799,25	10
	Note : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé au même site, par le même chirurgien, à la même séance.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	227,15	
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole		
01386	par greffe (PG-28)	446,65	5

01388	par tatouage (PG-28)	446,65	5
01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	357,30	
01029	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole par lambeau, un ou plusieurs	357,30	5
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***01029, 01386*** *et* ***01388,*** *inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*		
	Réduction mammaire		
01434	unilatérale	655,05	6
	Note *:* Ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).		
01435	bilatérale (PG-28)	943,90	6
	Note : Ne s'applique que pour la correction d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 grammes par sein).		
01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	200,60	
01465	Mastopexie	648,90	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28)	259,55	4
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	464,55	5
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28)	559,80	5
	Note : Le code 01419 ne peut être facturé avec le code 01408 à la même séance.		
01040	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expanseurs, supplément	316,65	

Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement

	Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée		
01432	sans greffe (PG-28)	140,25	5
01433	avec greffe	595,50	5

Fistule cutanée

01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique	101,85	5
01415	Profonde sous-aponévrotique	141,60	5

Chirurgie plastique

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du Préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

01451	Intervention très mineure (PG-28)	41,25	5
01452	Intervention mineure (PG-28)	110,85	6
01453	Intervention moyenne (PG-28)	152,20	6
01454	Intervention majeure (PG-28)	193,95	6
01455	Intervention très importante (PG-28)	234,15	9

AVIS **:** *Ne pas fournir le protocole opératoire pour ce service, mais le conserver au dossier aux fins de références.*

01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement	595,50	6

AVIS **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée	527,75	10
	Implantation de matière allogène :		
01459	À la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28)	138,60	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28)	121,40	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée (PG-28)	766,85	5

AVIS **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie,* ***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, utiliser l'élément de contexte* **Post chirurgie mammaire assurée**.

Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

01041	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expanseurs, supplément Note : Le code 01041 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires. Note : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.	316,65	

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente**.

01000	Gonflement(s) subséquent(s), par séance	66,00	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28)	744,40	5

AVIS **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie,* ***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, utiliser l'élément de contexte* **Post chirurgie mammaire assurée**.

Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

01042	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expanseurs, supplément Note : Le code 01042 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires. Note : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.	316,65

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

G — Musculo-squelettique

Addendum 5. - Appareil musculo-squelettique

Définitions

Dans ce préambule, on entend par les termes :

Os mineur : un os de la main ou du pied, sauf le calcanéum et l'astragale.

Tout autre os est considéré comme os majeur.

Réduction ouverte : la réduction chirurgicale d'une fracture comportant soit l'exposition du site de la fracture, soit sa fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit sa fixation par un appareillage externe.

Réduction fermée : la réduction d'une fracture sans chirurgie sur le site de la fracture et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et la contention par plâtre.

Le terme « chirurgie » s'entend de toutes les interventions visées par cet addendum.

Règle 1.

1.1 Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction.

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

AVIS **:** *Voir la rubrique* Frais facturés aux personnes assurées (frais accessoires).

1.3 La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15131*** ou ***15132*** *à l'onglet* B - Tarification des visites à *la spécialité de chirurgie orthopédique*.

Règle 2.

2.1 Le chirurgien qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation et qui s'en remet au médecin traitant pour le reste, n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors la règle de l'addendum de chirurgie; toutefois, dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin** *ou* **Soins post-opératoires confiés par un autre médecin**.

Indiquer le numéro de l'autre médecin.

Règle 3.

3.1 Le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction, s'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs.

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif pour le traitement de chaque os mineur.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.**

3.2 Un seul honoraire est exigible, s'il s'agit de fractures multiples du même os.

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes, le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **L'une des deux fractures du même os est en rapport avec une articulation et il y a réductions par des voies d'approche différentes** *et l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche.**

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Les deux fractures du même os sont reliées à une articulation**.

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie principale bilatérale de même nature au niveau du deuxième membre.**

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif.

AVIS *: Utiliser les éléments de contexte* **Colonne vertébrale – Approche antérieure** *et* **Colonne vertébrale – Approche postérieure** *pour les services visés par l'approche combinée.*

Règle 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ouverte.**

Règle 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reprise de la réduction fermée**.

Règle 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

Règle 7.

7.1 On accorde un honoraire de 134,90 $ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors de la chirurgie**.

7.2 On accorde un honoraire de 67,45 $ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors de la chirurgie**.

7.3 On accorde un honoraire de 134,90 $ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une greffe tendineuse lors de la chirurgie de reconstruction**.

Règle 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

Règle 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement si réalisé au bloc opératoire sous anesthésie locale, régionale ou générale. Ne peut être associé à un autre acte au même site..

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

Règle 10.
Forfait pour chirurgie tumorales ou oncologique complexes
(chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire)

Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgies tumorales ou oncologique d'une durée anesthésique de deux heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***02188***, ***02189***, ***02192***, ***09566***, ***09567, 18171, 18172*** *et* ***18173***.

Règle 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

Règle 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie osseuse ou des tissus mous avec analyse extemporanée effectuée le même jour que la chirurgie principale.**

Règle 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant, et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***19052, 18000, 18001, 18002, 18003, 18004, 18005*** *et* ***18006****.*

Lors de la facturation du forfait par période de 24 heures (code de facturation ***19052****), inscrire comme heure de début du service 19 h et indiquer l'heure de début pour tous les services facturés le même jour et le lendemain.*

Le médecin désigné qui effectue un déplacement de plus de 40 kilomètres de son établissement de pratique principal a également droit au paiement de ses frais de déplacement, selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 1 de l'annexe 23 de l'Accord-cadre.

AVIS **:** *Pour les instructions de facturation, voir la section* Facture de frais de déplacement *du* Guide de facturation - Rémunération à l'acte.

Règle 14
Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique
Pour le médecin spécialiste classé en chirurgie orthopédique exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné au tableau des suppléments d'honoraire de la chirurgie orthopédique lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans , les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de trois heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.
Pour les médecins spécialistes classés en chirurgie orthopédique, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.
Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient pour la durée du temps anesthésiologique, à l'exception de l'assistance opératoire.
Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps anesthésiologique, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 de l'Addendum 4 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***18185, 18186, 18187, 18188, 18189, 18190, 18191, 18192*** *et* ***18193****.*

.

		R = 1	R = 2

G - Musculo-squelettique

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**

Crâne et face

Arthrocentèse

18130	articulation temporo-mandibulaire unilatérale (PG-28)	179,15	5

Arthroplastie

02339	temporo-mandibulaire unilatérale	566,85	6

Biopsie

09550	ouverte (unique ou multiple) (PG-28)	174,15	6

Manipulation sous anesthésie générale

02862	temporo-mandibulaire	67,40	5

Excision

02206	condylectomie unilatérale	249,40	5
09551	tumeur bénigne (PG-28)	303,65	6
09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	394,80	7
02112	hémimandibulectomie	337,05	7
02203	mandibulectomie totale	475,00	8
02204	maxillectomie supérieure totale	516,75	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	679,95	12
02207	méniscectomie temporo-mandibulaire	303,55	5

Fractures

	arcade zygomatique :		
02512	réduction ouverte	150,35	5
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
07500	dure-mère intacte	513,65	10
07501	avec déchirure de la dure-mère	493,85	10
07502	avec traumatisme cérébral important	492,35	10
07503	intéressant les sinus	798,90	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée	475,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte	452,15	10
07506	avec déchirure de la dure-mère	506,40	10
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	816,95	15
18131	mise en place d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	301,65	4

18132	exérèse d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	128,50	4
	maxillaire inférieur		
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	22,95	
02509	réduction fermée	79,00	4
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale	604,15	6
02521	bilatérale	956,20	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	222,60	5
02523	méniscectomie	344,10	5
02524	ablation de l'apophyse coronoïde	103,85	5
	maxillaire supérieur		
02508	réduction fermée	52,80	5
02515	réduction ouverte	234,70	7
02516	fracture 1/3 moyen de la face	1 093,90	10
02518	disjonction cranio-faciale	893,20	12
	nez		
02527	réduction (PG-28)	140,20	4
	os malaire		
02507	réduction fermée	154,85	6
	réduction ouverte		
02513	simple	271,65	5
02514	avec ostéosynthèse	521,90	5
02522	par voie sinusale	249,40	5
	Incision et drainage		
02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	544,60	4
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28)	296,95	4
	Luxation		
	temporo-mandibulaire		
02525	réduction fermée (PG-28)	74,30	5
02526	réduction ouverte	149,30	5
	Ostéotomie		
02017	maxillaire inférieur unilatéral	664,95	12
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (PG-28)	642,70	10
02019	avec greffe osseuse	976,20	15
02009	ostéotomie dento-alvéolaire	479,00	10

02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en 2 ou plusieurs sections	777,15	10
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
02089	par voie intracrânienne	2 799,05	18
02090	par voie extracrânienne	1 267,15	15
	Reconstruction		
02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	403,40	12
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (PG-28)	407,85	12
	Note *:* Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne	2 972,65	18
02444	voie extracrânienne	2 210,00	18
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	420,00	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	2 299,90	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple	1 385,35	15
02447	en deux segments	1 429,25	15
02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 625,75	18
02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire	525,85	8

Squelette axial

Colonne vertébrale

AVIS **:** *Lorsqu'une chirurgie orthopédique réalisée au niveau de la colonne vertébrale comporte une approche combinée, antérieure et postérieure, à la même séance, voir l'article 3.3 de l'Addendum 5 – Musculo-squelettique.*

02163	Monitoring per-opératoire de l'intégrité des nerfs périphériques (pour neurochirurgien seulement), supplément	150,00
	Note : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service.	
02170	approche thoracique ou abdominale : 211,10 $	
02171	approche thoraco-abdominale : 422,20 $	

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'Addendum 4 de Chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

Note : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance

	greffe seulement		
02915	un niveau	760,05	10
02916	deux niveaux	822,85	10
02917	trois niveaux ou plus	844,40	12
	greffe avec instrumentation		
02182	un niveau	1 000,00	12
02183	deux niveaux	1 108,30	12
02184	trois niveaux ou plus	1 329,95	15
02185	si révision pour pseudarthrose ou bris d'implants, supplément Note : Ne peut être facturé avec le code 07831	200,00	
02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	369,45	6
02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	218,70	4
	Biopsie		
02119	corps vertébral	369,45	7
02109	d'un élément postérieur	211,10	4
	Décompression		
	Note : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des codes 02763, 02830, 02832, 02837 et 02838. Un seul de ces suppléments est applicable par patient, par médecin, par séance. Note : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (codes 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ». Note : Les codes 02755 et 02758 peuvent être facturés à plein tarif par un deuxième neurochirurgien, à la même séance, lorsque facturés avec les codes 02182, 02183 et 02184.		
	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie		
02755	lombaire	886,60	18
02758	dorsale ou cervicale	891,35	18
02763	avec greffe, supplément	221,65	
02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	554,15	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	738,85	
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02837	un niveau, supplément	720,40	

02838	deux niveaux ou plus, supplément	942,05	

Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant

Note : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.

	voie postérieure		
	sans greffe		
	cervicale		
02210	un niveau	700,95	15
02217	deux niveaux ou plus	822,75	15
	dorsale		
18123	un niveau	1 266,60	18
	lombaire		
02216	un niveau	891,35	12
	chaque niveau additionnel	137,95	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux.*		
	avec greffe		
	cervicale ou dorsale		
02910	un ou plusieurs niveaux	1 029,65	15
	lombaire		
02922	un niveau	999,20	15
02924	deux niveaux ou plus	1 116,75	15
	avec greffe et instrumentation		
	cervicale ou dorsale		
02923	un ou plusieurs niveaux	1 108,30	18
	lombaire		
02022	un niveau	1 259,80	15
02024	deux niveaux ou plus	1 213,85	18
	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
02173	un niveau	914,15	12
02196	deux niveaux ou plus	1 166,35	12
	avec greffe et instrumentation		
02140	un niveau	1 005,55	15
18133	deux niveaux ou plus	1 210,40	15
	avec remplacement par prothèse artificielle		
18134	un niveau	1 069,65	15
18135	deux niveaux	1 379,00	15
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
02087	un niveau	704,00	12
02111	deux niveaux ou plus	791,65	12
	avec greffe		
02117	un niveau	897,20	12
02124	deux niveaux ou plus	1 051,25	12
	avec greffe et instrumentation		
02128	un niveau	1 108,30	12
02136	deux niveaux ou plus	1 213,85	12

	avec remplacement par prothèse		
02942	un niveau	1 319,40	12
02947	deux niveaux ou plus	1 424,95	15
	Excision		
02123	apophyse épineuse	211,10	5
02272	apophyse transverse	633,30	8
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	1 055,50	12
02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 329,95	21
18124	si exérèse d'un deuxième corps vertébral ou plus, supplément	422,20	
02221	Greffe et instrumentation antérieure, supplément	443,30	
	Greffe et instrumentation postérieure		
02142	un niveau, supplément	604,00	
02143	deux niveaux ou plus, supplément	791,65	
	Note : Les codes 02142 et 02143 ne peuvent être facturés ensemble.		
	Note : Les suppléments 18124, 02221, 02142 et 02143 s'appliquent au code 02211.		
	Exérèse		
02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	422,20	6
	Fracture - colonne		
	Note : Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), la deuxième approche est payée à 90% plutôt qu'à demi-tarif.		
	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire		
	réduction ouverte		
09570	approche postérieure	739,20	21
09571	approche postérieure avec greffe osseuse	920,60	21
09572	approche postérieure avec instrumentation	1 000,00	21
09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe	1 350,00	21
09574	approche antérieure	668,60	21
09575	approche antérieure avec greffe osseuse	858,10	21
09576	approche antérieure avec instrumentation	1 122,15	21
09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe	1 350,00	21
02226	vissage de l'odontoïde	1 137,25	18
	coccyx		
02214	excision	369,45	5
	Incision et drainage		
	séquestrectomie et drainage		
02044	par voie antérieure	720,40	10
02045	par voie postérieure	686,10	15

02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	914,15	12

Ostéotomie

Note : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des codes 02003, 02004, 02005, 02133, 02134 et 02135.
Un seul de ces suppléments est applicable par patient, par médecin, par séance.

de la colonne

02025	un niveau	1 213,85	12
	chaque niveau additionnel	422,20	
	maximum	1 636,05	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux.*

avec greffe

02003	un niveau, supplément	215,55	
02004	deux niveaux, supplément	211,10	
02005	trois niveaux ou plus, supplément	310,85	

avec greffe et instrumentation

02133	un niveau, supplément	527,75	
02134	deux niveaux, supplément	527,75	
02135	trois niveaux ou plus, supplément	633,30	

Ponction (aspiration, injection)

02329	chémonucléolyse, un niveau ou plus, incluant la discographie, le même jour	211,10	6

Scoliose

correction par approche postérieure du rachis

sans instrumentation (in situ)

02450	premier niveau	738,85	12
	niveau additionnel	142,20	
	maximum	881,05	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux.*

02343	avec instrumentation segmentaire incluant la greffe, le cas échéant (implique au minimum une intervention sur 6 niveaux / 7 vertèbres)	2 111,00	21

Note : aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des suppléments 02166, 18125 et 18126.

02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	211,10	
18125	avec ostéotomie, un niveau, supplément	316,65	
18126	avec ostéotomie, deux niveaux ou plus, supplément	527,75	

correction par approche antérieure du rachis

sans instrumentation

02458	thoracique ou abdominale	738,85	15
02459	thoraco-abdominale	897,20	18

02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	158,35	
	avec instrumentation		
02461	thoracique ou abdominale	2 000,00	15
02462	thoraco-abdominale	2 111,00	18
02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	158,35	
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
02228	premier niveau	738,85	12
02229	par niveau relâché et greffé, supplément	211,10	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux supplémentaires*.		
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
02283	temps antérieur	1 407,00	18
02284	temps postérieur	1 055,50	18
02293	temps combinés	2 322,10	18
02340	avec instrumentation et greffe, supplément	527,75	
02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	580,55	8
02399	relâchenent musculotendineux de la concavité	290,05	6
	Note : Le code 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
02362	un niveau	738,85	6
	niveau additionnel	211,10	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux*.		
	Note : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'instrumentation segmentaire.		
02369	thoracoplastie	440,00	7
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéloméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéloméningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	1 025,15	21
	tractions pour scoliose		
02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	162,50	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	380,05	7
09555	exérèse de l'appareillage	110,85	5
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis	211,10	
	Thorax		
	Biopsie		
02066	costale ouverte	197,65	6
	Excision		
02114	de première côte	354,65	6

02116	de côte cervicale	372,40	6
	de côte avec drainage		
02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	339,55	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	879,25	10
	Fracture		
	du sternum		
02533	réduction fermée	148,40	4
02535	réduction ouverte	190,35	7
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	324,20	7
	Reconstruction		
02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno-chondroplastie) avec atteinte fonctionnelle	861,30	15
18128	exérèse d'une ou plusieurs barres métalliques après correction de pectus carinatum ou excavatum (PG-23)	418,30	8
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale avec atteinte fonctionnelle	180,45	6
	Note : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les codes 02503 et 02504.		
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **02503** et **02504**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie*.		
	Bassin		
	Amputation		
02215	hémipelvectomie	1 013,30	15
	Arthrodèse		
02935	sacro-iliaque	791,65	8
	Biopsie osseuse		
02062	ouverte	263,90	5
	Désinsertion		
02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	475,00	6
	Excision		
02130	tumeur bénigne	475,00	8
02131	tumeur bénigne avec ostéosynthèse	633,30	10
02132	tumeur maligne	633,30	8
02137	tumeur maligne ostéosynthèse	791,65	10
	Exérèse		
18079	de plaque et vis, bassin ou acétabulum	500,00	8
18080	de vis, bassin ou acétabulum	300,00	6
	Fractures		

	symphyse pubienne		
	réduction ouverte		
18081	avec fixateur externe	600,00	7
18082	avec plaque et vis	738,85	7
	fracture du sacrum ou fracture luxation sacro-iliaque ou luxation sacro-iliaque ou fracture de la crête iliaque		
	extra-articulaire		
18083	réduction fermée et fixation percutanée	791,65	7
02572	réduction ouverte	1 055,50	8
	acétabulum		
02581	réduction fermée, luxation centrale	263,90	6
18084	réduction ouverte avec vis ou plaque et vis mur postérieur isolé	1 055,50	8
02580	avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 250,00	18
	fracture de une ou deux colonnes		
18085	réduction fermée et fixation percutanée	949,95	8
	Note : Le code 18085 ne peut être facturé avec un autre acte de fracture du bassin à la même séance.		
	réduction ouverte		
18086	par abord de Smith-Peterson ou Kocher ou Stoppa et fixation par plaque et vis	1 477,70	18
18087	par abord ilio-inguinale, triradiée ou ilio-fémorale étendue ou 2 abords	1 794,35	18
02707	malunion, pseudarthrose ou présentation tardive (21 jours, Malgaine) incluant approche antérieure et postérieure, ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 500,00	18
	Greffe osseuse		
02774	greffe osseuse au bassin	394,00	6
	NOTE *:* Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision et drainage		
18088	abcès d'ostéomyélite, fenestration ou forage, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	332,50	5
	Ostéotomie		
02000	supra-acétabulaire (type Salter, Chiari ou « shelf »)	1 266,60	8
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 688,80	18

Extrémités - Membres supérieurs

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la* Section membres supérieurs*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

Épaule

Note : Pour les codes d'acte de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

	Amputation		
02281	désarticulation gléno-humérale	738,85	6
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	1 161,05	10
	Arthrodèse		
02925	gléno-humérale	1 500,00	10
02965	scapulo-thoracique	1 500,00	10
	Arthrolyse		
02973	gléno-humérale, toute technique Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	475,00	8
	Arthroplastie		
02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	850,00	10
02407	prothèse totale gléno-humérale	1 055,50	12
18176	prothèse totale gléno-humérale inversée	1 055,50	12
18194	transfert musculaire, supplément	100,00	
	Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe à l'humérus et/ou à la glène, le cas échéant)		
18139	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	738,85	10
18089	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et glénoïdienne et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou la fenêtre)	1 500,00	15
	en deux temps		
18090	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 266,60	12
18091	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 266,60	12
18092	remplacement de la composante glénoïdienne seulement (incluant le changement de la tête humérale modulaire, le cas échéant)	1 055,50	10
18093	remplacement de la composante humérale complète seulement	1 055,50	12
	Arthroscopie		
02034	simple gléno-humérale incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	263,90	5
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	350,00	7
	Arthrotomie		

	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire :		
02037	gléno-humérale Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	369,45	6
	Biopsie		
	clavicule ou omoplate		
02084	à l'aiguille	158,35	4
02085	ouverte	263,90	6
	Examen et manipulation		
02833	Examen et manipulation sous anesthésie au bloc opératoire Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	211,10	4
	Excision		
02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale		
	de la clavicule et le curetage tendineux	369,45	7
02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	369,45	7
02778	tumeur bénigne de la clavicule	369,45	6
02779	tumeur bénigne de la clavicule avec ostéosynthèse	475,00	
18140	tumeur bénigne de l'omoplate	475,00	6
18127	tumeur bénigne de l'omoplate avec ostéosynthèse	738,85	8
02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe	580,55	7
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	791,65	8
	Exérèse		
02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28)	158,35	5
02975	plaque à la clavicule ou à l'acromion	263,90	6
02978	plaque à l'omoplate ou à la glène	300,00	6
02976	de prothèse simple incluant, le cas échéant, la synovectomie	580,55	6
02977	de prothèse totale incluant, le cas échéant, la synovectomie	738,85	6
	Fracture		
	clavicule		
02537	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie	500,00	8
	omoplate		
	réduction ouverte		
02536	col ou glène, une approche	738,85	8
18141	col ou glène, deux approches	1 000,00	8
	Greffe		

02346	greffe osseuse ouverte à la clavicule ou à l'omoplate Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site.	316,65	5
	Luxation		
	acromio-claviculaire		
18096	réduction fermée et fixation percutanée	211,10	5
02548	réduction ouverte	500,00	7
	gléno-humérale		
02546	réduction fermée (PG-28)	125,25	5
02549	réduction ouverte Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	686,10	8
	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02573	de type Magnuson ou Putti-Platt	475,00	6
02575	de type Bankart ou Bristow	686,10	8
02590	de type Latarjet Note : Ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.	930,00	8
02591	cure d'instabilité par réparation labrale antérieure et postérieure Note : Ne peut être facturé avec une réparation de SLAP ou Bankart ou Bristow	930,00	8
18097	fixation transosseuse de lésion "slap"	475,00	8
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	844,40	8
18142	si greffe osseuse à la tête humérale ou glène, supplément	105,55	
	sterno-claviculaire		
02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement, sous-anesthésie au bloc opératoire	166,25	5
02547	réduction ouverte	527,75	6
	Ostéotomie Note : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
02095	clavicule	475,00	6
02094	omoplate	775,80	6
	Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant		
02144	pour rupture du tendon du biceps proximal ou ténodèse du biceps isolé incluant, le cas échéant, la transposition du tendon	369,45	7
	coiffe des rotateurs		
18098	réparation ou reconstruction de la coiffe incluant, le cas échéant, l'acromioplastie	686,10	8
18099	si ténodèse du biceps associée, supplément	52,80	
18110	si augmentation de la réparation avec une "patch", supplément	100,00	
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	686,10	7

02162	réinsertion du grand pectoral pour déchirure Note : Ne peut être facturé avec une autre chirurgie à l'épaule ou au bras, du même côté, à la même séance	686,10	8
	Scapulopexie		
02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	1 055,50	8
	Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02231	gléno-humérale Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	633,30	8
	Bras (humérus)		
	Allongement ou correction incluant l'ostéotomie		
	Allongement		
02892	avec ou sans greffe	1 372,15	12
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
02839	un niveau	949,95	12
02840	deux niveaux	1 295,20	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	1 161,05	12
	Amputation		
02280	au bras	800,00	5
	Biopsie osseuse		
02174	à l'aiguille	157,80	5
02175	ouverte	263,90	5
	Excision		
02220	tête humérale	475,00	6
02176	tumeur bénigne osseuse	369,45	6
02177	tumeur bénigne osseuse avec ostéosynthèse	738,85	11
02193	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	316,65	
02178	tumeur maligne osseuse	738,85	7
02179	tumeur maligne osseuse avec ostéosynthèse	897,20	14
02194	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	316,65	
02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément Note : Le code 02195 est facturable avec les codes 02178 et 02179.	316,65	
	Exérèse		
02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28)	211,10	6
02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal incluant, le cas échéant, la réparation de coiffe ou la bursectomie ou les deux	350,00	6
02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	369,45	6
	Fasciotomie		

02011	au bras	332,50	6
	Fractures		
	col chirurgical sans luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échant		
02605	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	211,10	6
02568	réduction fermée et fixation percutanée	422,20	8
02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	738,85	10
	col chirurgical avec luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant		
02606	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	211,10	7
02598	réduction fermée et fixation percutanée	422,20	6
02631	réduction ouverte	800,00	10
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse sauf pour prothèse totale inversée	1 002,75	12
02656	réduction ouverte par prothèse totale inversée Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	1 055,50	12
	trochin-trochiter		
02632	réduction ouverte, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant	600,00	10
	diaphyse		
02608	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	211,10	6
	réduction ouverte :		
02633	avec fixation par plaque et vis ou fixateur externe	738,85	10
18100	par enclouage à foyer ouvert ou fermé	633,30	10
18101	verrouillage proximal ou distal ou les deux, une vis ou plus, supplément	105,55	
	sus ou transcondylienne ou trochlée		
02609	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	211,10	6
02640	réduction fermée et fixation percutanée	422,20	8
02634	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie de l'olécrane	850,00	10
	condyle, épicondyle ou épitrochlée		
02610	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	166,25	6
02912	réduction fermée et fixation percutanée	316,65	7
02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	422,20	7
02921	réduction ouverte du condyle	527,75	7
	Greffe osseuse		
02363	humérus Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	475,00	6
	Incision et drainage		

02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	422,20	6
	Ostéotomie		
02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement incluant, le cas échéant, ROFI et greffe Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	844,40	6
	Coude Note : Pour les actes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet Musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
	Amputation		
02279	désarticulation au coude	664,95	4
	Arthrodèse		
02927	du coude	844,40	6
	Arthroplastie		
18143	d'interposition par fascia (allogreffe)	738,85	8
18144	dermaplastie d'interposition incluant le positionnement du fixateur externe et, le cas échéant, le prélèvement des greffes Note : Les codes 18143 et 18144 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	1 055,50	8
02404	par prothèse totale	1 055,50	8
	Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc à l'humérus et/ou au cubitus, le cas échéant)		
18145	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie et le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	738,85	7
18146	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et cubitale et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou cubitale ou la fenêtre)	1 583,25	12
	en deux temps :		
18147	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 266,60	10
18148	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 266,60	10
	Arthrotomie		
02039	du coude incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger (souris articulaire)	369,45	5
02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	580,55	8
02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre)	1 266,60	12
	Arthroscopie		
02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	263,90	5

02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire Note : Le code 02987 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	400,00	5
02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	580,55	8
	Désinsertion		
02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	211,10	5
	Examen et manipulation		
02834	Examen et manipulation (SAG) Note : Le code 02834 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	211,10	4
	Excision		
02222	tête radiale	369,45	6
02230	tête radiale avec remplacement	550,00	6
	Exérèse		
02989	de prothèse totale	738,85	6
	Luxation		
02662	réduction fermée (PG-28)	158,35	4
	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
18035	ligament interne ou externe	475,00	5
18036	ligaments interne et externe	686,10	5
18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	211,10	
18151	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante excluant la réparation ligamentaire Note : Le code 18151 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.	337,35	5
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	119,25	4
	Reconstruction		
	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
18038	ligament interne ou externe	580,55	6
18039	ligaments interne et externe	791,65	6
18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	211,10	
02145	pour rupture du tendon du biceps distal	550,00	7
02186	pour rupture du triceps distal	400,00	7
02187	si réparation tardive du biceps ou triceps distal (plus de 6 semaines), supplément	150,00	
	Synovectomie		
02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28)	633,30	6

Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.

Avant-bras

Amputation

02278	amputation	633,30	4

Biopsie - radius ou cubitus

02991	à l'aiguille	158,35	4
02992	ouverte	263,90	6

Excision

09548	olécrane avec ou sans fascia plastie	263,90	6
	tumeur - radius ou cubitus		
02993	tumeur bénigne (PG-28)	369,45	8
02994	tumeur bénigne avec ostéosynthèse	633,30	8
02746	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	316,65	
02995	tumeur maligne	686,10	8
02996	tumeur maligne avec ostéosynthèse	897,20	11
02722	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	332,50	
02723	avec prothèse, supplément Note : Le code 02723 est facturable avec les codes 02995 et 02996.	222,60	

Exérèse

02315	plaque et vis - radius (PG-28)	263,90	6
02314	plaque et vis - cubitus	211,10	6
02316	plaque et vis - radius et cubitus	369,45	6
02317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28)	158,35	5
02998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28)	211,10	5

Fasciotomie

02020	un compartiment	387,90	6
02021	deux ou plusieurs compartiments	422,20	6

Fractures

	de Monteggia, apophyse coronoïde, cubitus seul, radius seul, tête ou col du radius ou olécrane		
18041	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	158,35	6
18042	réduction ouverte	422,20	8
	fracture - épiphyse distale radius		
18064	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	158,35	6
	réduction ouverte		
18063	et fixation par broche	300,00	8
18065	et fixation par plaque et vis (palmaire ou dorsale)	527,75	8
18152	et fixation par plaque et vis (palmaire et dorsale, implique deux approches)	686,10	8

	fracture - radius et cubitus		
02651	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	158,35	5
02652	réduction ouverte	686,10	8
	réduction fermée et fixation par broche(s)		
18043	radius et/ou cubitus proximal ou distal, ipsilatéraux	211,10	6
	Note : Facturable une seule fois par côté, par séance		
	Greffe		
	Note : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
02359	cubitus	316,65	6
02358	radius	369,45	6
02360	radius et cubitus	461,45	8
	Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation		
02904	radius ou cubitus	422,20	6
02905	radius et cubitus	595,50	8
	Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation		
02906	radius ou cubitus	475,00	6
02907	radius et cubitus	686,10	8
02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 372,15	12
	Reconstruction		
02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	1 300,00	8
	Main et poignet		
	Amputation		
02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28)	186,25	6
02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28)	166,25	6
09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28)	277,05	6
02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28)	290,80	6
02276	désarticulation du poignet (PG-28)	527,75	6
	Allongement		
	phalanges et métacarpiens		
02914	un (maximum de 791,70 $) (PG-28)	263,90	5
	AVIS **:** *Facturer chaque phalange et chaque métacarpien sur une ligne de facture distincte.*		
	Arthrodèse		
02928	pouce (PG-28)	387,90	6

02929	doigt (PG-28)	387,90	6
18153	partielle du poignet intercarpienne (PG-28)	633,30	6
02926	totale du poignet (PG-28)	844,40	6
	Note : Les codes 02926 et 18153 ne peuvent être facturés avec un autre acte au carpe ou au poignet à la même séance.		
	Arthrolyse		
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre) (PG-28)	781,05	12
	Arthroplastie		
18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	475,00	7
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel (PG-28)	578,10	7
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	443,30	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28)	1 055,50	8
	Note : Aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28)	609,55	7
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	418,80	7
	Arthroplastie de remplacement		
	Note : Aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
18154	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	738,85	7
18155	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse radio-carpienne et, le cas échéant, l'ostéotomie radiale ou la fenêtre)	1 583,25	12
	en deux temps :		
18156	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 266,60	10
18157	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 266,60	10
	Arthroscopie		
02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	211,10	5
02958	avec débridement, supplément	158,35	
02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	211,10	
	Note : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet. Note : Un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		

	Arthrotomie ou capsulotomie avec, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation		
	Note : Les codes 02038, 02040, et 02932 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site, à la même séance.		
02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	199,50	5
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	199,50	6
02038	poignet (PG-28)	357,50	5
	Biopsie		
02934	à l'aiguille, main et poignet	60,15	4
02939	ouverte, main et poignet (PG-28)	123,85	6
	Décompression		
02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	166,25	4
	Note : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs.		
02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	249,35	5
	Excision		
02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	227,20	6
18158	excision de tous les os de la rangée proximale du carpe	603,25	8
02895	méniscectomie radio-cubitale	316,65	6
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	277,05	6
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (PG-28)	221,65	6
02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	382,50	6
02785	carpe (PG-28)	221,65	6
02786	carpe avec greffe (PG-28)	422,20	8
	tumeur maligne		
02787	phalange, métacarpien (PG-28)	310,30	6
02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	357,30	7
02789	carpe (PG-28)	316,65	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	566,70	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	620,65	15
	Exérèse		
	prothèse		
02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	178,65	6

02650	carpe (PG-28)	263,90	6
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	128,05	6
	Fractures ou luxation		
	carpe, métacarpe		
18045	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	158,35	6
18046	chacune additionnelle pour la même main	31,65	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de réductions.*		
18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	63,35	
	réduction ouverte		
18048	avec broche de « Kirchsner » (PG-28)	277,05	6
18102	avec plaque et vis (PG-28)	443,30	6
	phalange		
18049	réduction fermée ou ouverte sans fixation osseuse par plaque ou broche, sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	166,25	5
18050	chacune additionnelle pour la même main	48,25	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de réductions.*		
18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	66,50	
	réduction ouverte		
18052	avec broche de « Kirchsner » (PG-28)	277,05	6
18103	avec plaque et vis (PG-28)	332,50	6
	scaphoïde, semi-lunaire		
18053	réduction ouverte (PG-28)	475,00	6
	Fascia		
02554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 247,70 $)	123,85	6
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de fasciotomies.*		
	pour maladie de Dupuytren		
18136	fasciotomie percutanée palmaire	164,90	5
18137	fasciotomie percutanée digitale	189,40	5
02125	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	344,45	7
02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	431,15	7
18115	réintervention pour récidive - fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	486,70	7
18116	réintervention pour récidive - fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	601,75	7
	Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux		
	Note : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
02658	métacarpe, phalange (PG-28)	291,85	6
02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés) (PG-28)	260,35	6

02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse) (PG-28)	580,55	6
18054	greffe vascularisée (incluant ROFI), supplément	166,25	
	Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation		
02698	phalange, métacarpien (PG-28)	116,35	6
02699	carpe (PG-28)	277,05	7
02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28)	166,25	6
	Manipulation d'articulation sous anesthésie		
02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	36,15	5
02835	poignet (PG-28)	158,35	4
	Ostéotomie de correction		
02706	phalange proximale (PG-28)	285,95	5
02713	phalange moyenne (PG-28)	285,95	5
02717	phalange distale (PG-28)	133,00	5
02718	métacarpe (PG-28)	221,65	5
18055	ROFI, supplément	118,00	
	Réparation, toute technique		
02898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	262,35	6
02198	ligaments du poignet radio-carpien (PG-28)	412,50	6
	Reconstruction ligamentaire		
02726	métacarpo-phalangienne (PG-28)	291,85	6
02160	poignet avec greffe de tissus (PG-28)	422,20	6
	Synovectomie		
02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	123,85	6
02741	poignet (PG-28)	341,85	7
	Syndactylie		
02377	avec greffe de commissure (PG-28)	524,75	5
	Ténotomie corrective		
02050	un doigt (PG-28)	201,25	6
02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	166,25	6

Extrémités - Membres inférieurs

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Membres inférieurs*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit, Intervention côté gauche** *ou* **Intervention bilatérale**.

Hanche

	Note : Pour les codes d'actes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, incluant l'exérèse de matériel (clou (s), vis, clou-plaque)		
	Amputation		
02296	désarticulation de la hanche	1 055,50	12
	Arthrodèse		
02936	primaire	1 055,50	12
02930	postrésection de tête fémorale	1 372,15	15
	Arthroscopie		
02419	arthroscopie, avec ou sans biopsie incluant, le cas échéant, résection de corps étranger, souris articulaire ou débridement de labrum (PG-28)	527,75	6
	Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)		
02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	738,85	10
02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	963,95	12
02350	si remplacement du fémur proximal par prothèse oncologique, supplément	200,00	
02351	si implantation d'un montage acétabulaire cupule et cage, supplément	200,00	
02614	prothèse totale après arthrodèse	1 477,70	18
	Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc au fémur et/ou à l'acétabulum, le cas échéant)		
18159	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	738,85	10
09598	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre)	1 500,00	15
	en deux temps :		
02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 266,60	12
02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 266,60	12
02258	si remplacement du fémur proximal par prothèse oncologique, supplément	200,00	
02265	si remplacement d'un montage acétabulaire cupule et cage, supplément	200,00	
	Note : Les codes 02258 et 02265 s'appliquent aux codes 09598, 02251 et 02254.		
02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	1 055,50	10
18177	changement de polyéthylène seulement (avec ou sans changement de tête)	633,30	10

02260	remplacement de composante fémorale complète seulement	1 055,50	12
	Arthrotomie		
02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	580,55	6
18178	correction de conflit fémoroacétabulaire incluant résection et/ou réparation de labrum, résection osseuse (bumpectomie) fémorale et luxation de la hanche, toute voie d'approche	897,20	10
	Excision		
	Voir tumeur ou site anatomique		
	Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)		
02320	prothèse simple	580,55	6
02321	prothèse totale	738,85	8
02794	clous ou vis	263,90	6
02795	clou-plaque, plaque et vis	369,45	7
	Luxation		
	traumatique		
02619	réduction fermée (PG-28)	163,60	
02629	réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	263,90	6
02757	réduction ouverte	738,85	8
	congénitale ou paralytique		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
02747	unilatérale	422,20	6
02748	bilatérale	475,00	6
02700	réduction ouverte (incluant spica)	897,20	8
02500	avec ostéotomie du bassin	1 477,70	10
02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 688,80	15
	Examen et manipulation		
02849	sous anesthésie régionale ou générale	211,10	5
	Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique au même site, à la même séance		
	Synovectomie		
02252	complète	633,30	8
	Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique au même site, à la même scéance.		
	Ténotomie		
	adducteurs		
02074	fermée	158,35	4
02079	ouverte	211,10	5

02081	psoas	263,90	5
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	633,30	6
	Transposition et réinsertion tendineuse		
02433	psoas-iliaque	949,95	8
	Cuisse		
02435	réinsertion proximale des ischio-jambiers	400,00	6
02434	allongement ou section du fascia lata	211,10	5
02295	amputation de la cuisse	488,75	7
02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	897,20	8
02041	fasciotomie fémorale	369,45	5
	Fémur		
	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
02349	avec ou sans greffe	1 266,60	15
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
02376	un niveau	1 372,15	15
02378	deux niveaux	1 489,50	18
02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 300,00	12
02484	fasciectomie préalable à l'allongement	369,45	6
	Biopsie		
02796	à l'aiguille	158,35	5
02797	ouverte	263,90	6
02719	forage et décompression de la tête fémorale	422,20	6
02720	avec greffe osseuse, supplément	158,35	
	Note : Les codes 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Épiphysiodèse		
02950	fémur par greffe	633,30	6
02952	fémur et tibia par greffe	738,85	6
02953	fémur par crampons (agrafe)	580,55	6
02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	633,30	6
02798	grand trochanter	369,45	6
	Excision		
02240	tête et col	633,30	6
02799	tumeur bénigne col et/ou tête	738,85	8
02801	tumeur bénigne col et/ou tête avec ostéosynthèse	897,20	8
02802	tumeur bénigne autre que col et/ou tête	369,45	8
02803	tumeur bénigne autre que col et/ou tête avec ostéosynthèse	897,20	11

02816	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	316,65	
02808	tumeur maligne	738,85	8
02811	tumeur maligne avec remplacement par prothèse ou avec ostéosynthèse	1 055,50	14
02561	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	316,65	
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	316,65	
	Note : Le code 02562 est facturable avec les codes 02808 et 02811.		
	Exérèse de matériel		
02307	bande métallique (une ou plusieurs) ou vis	211,10	6
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage ou plaque et vis	369,45	5
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	52,80	
	Fracture		
	col		
18105	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	369,45	6
	réduction ouverte		
02687	vis percutanée	580,55	10
02716	clou et plaque	738,85	10
02714	greffe pédiculée de Judet, etc.	897,20	10
02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	738,85	12
02689	par prothèse cimentée, supplément	105,55	
	intertrochantérienne, per-trochantérienne et sous trochantérienne		
18106	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	369,45	6
02742	réduction ouverte	738,85	10
	tête fémorale		
18179	avec ostéosynthèse (avec ou sans luxation) (Pipkin)	897,20	10
	diaphyse		
02690	réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	369,45	6
	AVIS **:** *En chirurgie orthopédique*, *voir la* Règle d'application n° 28.		
18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur	350,00	5
02673	réduction ouverte fixation interne ou externe	897,20	10
09589	enclouage centromédullaire avec clou long incluant le verrouillage proximal pour fracture de diaphyse ou sous-trochantérienne ou sus-condylienne	897,20	12
09590	verrouillage distal une vis ou plus, supplément	105,55	
	transcondylienne et/ou sus-condylienne		
18107	réduction ouverte fixation interne ou externe ou les deux	900,00	10
	Greffe		
02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage	475,00	8

	Note : Le code 02412 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		
	Incision		
18108	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse ou forage ou fenestration de la corticale ou séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation	422,20	6
	Ostéotomie		
02091	col fémoral avec fixation	1 055,50	10
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	900,00	8
	Note : Les codes 02091 et 02092 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		
	Raccourcissement de l'os		
02405	avec ou sans greffe	1 055,50	10
	Note : Le code 02405 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		
	Transfert ou transposition		
02625	grand trochanter seul	791,65	5
	Note : Le code 02625 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		
	Plastie		
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo- nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	2 219,40	18
	Genou Note : Pour les codes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet Musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
	Amputation		
02294	désarticulation du genou	664,95	5
	Arthrodèse		
02937	simple	1 108,30	8
02966	postarthroplastie incluant l'exérèse du matériel et le mode de fixation ou toute forme de fixation et, le cas échéant, la greffe osseuse	1 372,15	12
	Arthrolyse		
	directe		
18013	par arthroscopie	422,20	5
18014	par voie ouverte	633,30	7
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	1 372,15	12
	Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous sauf les suppléments 02451 et 02454, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)		

02492	prothèse totale unicompartimentale	900,00	12
02451	si associé avec reconstruction du ligament croisé antérieur, supplément	150,00	
02403	prothèse totale bicompartimentale	997,20	12
02452	pour remplacement distal du fémur par prothèse massive oncologique, supplément	200,00	
02453	pour remplacement proximal du tibia par prothèse massive oncologique, supplément	200,00	
02454	pour reconstruction du mécanisme extenseur par allogreffe complète (tubérosité tibiale-tendon rotulien-rotule-tendon quadriceps) ou mèche synthétique longue, supplément	200,00	
	Note : Les codes 02452, 02453 et 02454 ne peuvent être facturés plus d'une fois au même site.		

Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc au fémur et/ou au tibia, le cas échéant)

Note : Les suppléments 18118, 18119, 18122 et 18129 s'appliquent à tous les codes de cette section.

18118	pour remplacement distal du fémur par prothèse massive oncologique, supplément	200,00	
18119	pour remplacement proximal du tibia par prothèse massive oncologique, supplément	200,00	
18122	pour reconstruction du mécanisme extenseur par allogreffe complète (tubérosité tibiale-tendon rotulien-rotule-tendon quadriceps) ou mèche synthétique longue, supplément	200,00	
18129	pour implantation d'une rotule en métal trabéculaire, supplément	200,00	
	Note : Les codes 18118, 18119, 18122 et 18129 ne peuvent être facturés plus d'une fois par côté (genou droit et genou gauche).		
	Note : Le code 18122 ne peut être facturé avec le code 18129 pour le même genou.		
18160	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	738,85	10
18161	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre)	1 500,00	15
	en deux temps :		
18162	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 266,60	12
18163	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 266,60	12
18180	remplacement de la composante tibiale seulement (incluant changement du polyéthylène)	1 055,50	12
18181	remplacement de la composante fémorale seulement (incluant changement du polyéthylène)	1 055,50	12
18015	changement de polyéthylène seulement	633,30	10
02498	prothèse rotule seulement	633,30	6

Arthroscopie

02577	simple du genou incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28)	263,90	5
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28) : méniscectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger Note : Les codes 02577 et 02724 ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.	316,65	5
	Arthrotomie ou capsulotomie		
02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la méniscectomie ou la section de l'aileron externe	369,45	6
	Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse		
02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	211,10	6
09539	prothèse totale du genou incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire	738,85	12
09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	422,20	6
	Excision		
02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite	422,20	6
18017	tumeur bénigne dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	527,75	6
	Fracture rotule		
09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	580,55	6
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	580,55	6
	Greffe ostéochondrale		
02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffe ostéochondrale composée, unique ou multiple) toute voie d'approche Note : Cet acte ne peut être facturé avec les codes 02577 et 02724.	527,75	5
	Luxation		
	genou		
02737	réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	263,90	6
	rotule		
02738	trochléoplastie, supplément Note : Ce supplément s'applique à toute la section de la rotule	250,00	
02749	réduction fermée (PG-28)	121,90	6
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous (excluant la section de l'aileron rotulien)	475,00	6

02592	si reconstruction du ligament fémoral-patellaire médial avec greffon, supplément	200,00	
02093	réalignement de la tubérosité tibiale antérieure incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	600,00	7
	Note : Ne peut être facturé avec le code 02565		
02566	ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure avec reconstruction du ligament fémoro-patellaire médial	750,00	7
02593	chirurgie de révision de reconstruction du ligament fémoral-patellaire médial, inclut l'ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure le cas échéant et l'exérèse de matériel	900,00	7
	Note : Ne peut être facturé avec un autre code de cette section, ni un autre code d'exérèse de matériel des sections du genou (fémur, tibia, rotule).		

Réparation et reconstruction ligamentaire

18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique	527,75	5
18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	211,10	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de ligaments additionnels.*

	Reconstruction du ligament, toute technique		
18020	croisé antérieur	633,30	10
18021	croisé postérieur	897,20	10
18022	croisés antérieur et postérieur	1 319,40	15
18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	369,45	
18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément	211,10	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de ligaments additionnels.*

18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	211,10	
18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	527,75	6
18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément	211,10	
18028	chaque méniscectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire (maximum 1 par ménisque), supplément	50,00	
18029	chaque réparation méniscale associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	150,00	
18030	chaque réparation méniscale avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	263,90	
	Note : Un seul des codes 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient, à la même séance.		
	Note : Les suppléments 18028,18029 et 18030 ne peuvent être facturés ensemble pour un même ménisque.		

Suture

02822	un ménisque, toute voie d'approche	475,00	7
18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément	105,55	
	tendon		
02059	quadriceps	580,55	6
02061	rotuléen	580,55	6
18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	158,35	
	Divers		
02253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche	633,30	6
02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie	211,10	4
	Note : Les codes 02253 et 02473 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		
18033	allogreffe d'un ménisque, toute voie d'approche	949,95	10
	Tibia et péroné		
	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
02386	avec ou sans greffe (PG-28)	1 213,85	12
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
02387	un niveau	1 372,15	12
02388	deux niveaux	1 583,25	15
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 213,85	12
	Amputation		
02292	amputation à la jambe (B.K.)	440,00	5
	Biopsie		
02864	à l'aiguille	158,35	5
02865	ouverte	263,90	6
	Décompression - dénervation		
	fasciotomie tibiale		
02046	1 compartiment	375,10	6
02047	2 compartiments ou plus	404,80	6
	Épiphysiodèse du tibia		
02951	par greffe (Phemister)	580,55	4
02954	par crampon	475,00	4
	Excision		
02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	738,85	7
02867	résection extensive et reconstruction	1 457,10	12
02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.)	369,45	6
02869	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) avec ostéosynthèse	633,30	11

02948	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	316,65	
02870	tumeur maligne	738,85	6
02871	tumeur maligne avec ostéosynthèse	897,20	14
02596	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	316,65	
02597	avec prothèse totale, supplément	316,65	
	Note : Le code 02597 est facturable avec les codes 02870 et 02871.		
	Exérèse		
02309	vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28)	158,35	6
02299	plaque plus vis - péroné	211,10	6
02873	plaque plus vis - tibia	369,45	6
18109	clou intramédullaire et vis de vérouillage	369,45	6
	Fractures		
	péroné seul		
02725	réduction ouverte	369,45	6
	tibia (avec ou sans péroné)		
02694	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	158,35	6
	réduction ouverte		
02696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	633,30	6
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	633,30	8
09592	verrouillage distal une vis ou plus, supplément	105,55	
	épiphyse proximale		
02721	1 plateau	633,30	8
18111	2 plateaux	844,40	8
02743	pilon tibial	738,85	8
	Greffe osseuse		
02874	pour pseudarthrose congénitale	1 055,50	8
02413	simple tibia et/ou péroné	475,00	5
	Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02414	par transposition du péroné	680,05	6
	Incision et drainage		
18112	abcès d'ostéomyélite, forage ou saucérisation ou séquestrectomie avec ou sans greffe	422,20	6
	Ostéotomie		
02068	tibiale incluant ROFI et greffe, le cas échéant	844,40	6
02030	du péroné	211,10	5
	Raccourcissement incluant ostéotomie		
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	897,20	10
	Cheville		

Note : Pour les codes d'actes de la section arthroplastie et arthroplastie de remplacement, aucun autre acte de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance.

	Amputation		
02291	type Syme	633,30	5
	Arthrodèse		
02938	tibio-astragalienne primaire	1 000,00	6
18066	révision tibio-astragalienne	1 100,00	6
	AVIS **:** *La révision tibio-astragalienne (code de facturation **18066**) doit être facturée à la suite de l'arthrodèse tibio-astragalienne primaire (code de facturation **02938**). Inscrire la date ou l'année de l'arthrodèse tibio-astragalienne primaire (code de facturation **02938**).*		
02944	tibio-talo-calcanéenne	1 200,00	10
	Arthrolyse		
02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre)	1 600,00	12
	Arthroplastie		
02408	totale de la cheville (prothèse)	1 350,00	8
02415	si arthrodèse sous-astragalienne ou ostéotomie supra-malléolaire, supplément	300,00	
	Arthroplastie de remplacement		
18164	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	738,85	7
18165	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse tibiale et astragalienne et, le cas échéant, l'ostéotomie tibiale ou la fenêtre)	1 583,25	12
	en deux temps :		
18166	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 266,60	10
18167	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 400,00	10
18168	remplacement de la composante tibiale ou astragalienne	1 055,50	9
	Arthroscopie		
02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28)	300,00	5
02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28) :	450,00	7
	- résection de souris ou de corps étranger		
	- débridement synovial		
	- résection d'ostéophyte		
	- forage ou chondroplastie d'abrasion		

02569	antérieure et postérieure nécessitant un repositionnement et un redrapage du patient	800,00	7
	Arthrotomie		
18067	avec, le cas échéant, exploration, drainage, irrigation ou résection de corps étranger, d'ostéophytes ou de souris articulaire, ou traitement d'ostéochondrite avec ou sans fixation	369,45	6
02880	avec ostéotomie malléolaire et sa fixation, supplément	105,55	
02881	mosaiplastie ou greffe ostéocartilagineuse Note : Aucun autre code de l'onglet G ne peut être facturé pour le même site, lors de la même séance	600,00	6
	Décompression - dénervation		
02883	décompression - sinus du tarse	142,90	5
02884	décompression - tunnel tarsien	400,00	5
02885	neurectomie cheville	263,90	5
	Exérèse		
09541	de prothèse totale de cheville	580,55	6
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
02304	unimalléolaire (PG-28)	158,35	6
02306	bi ou trimalléolaire (PG-28)	211,10	6
	Fracture - luxation		
	uni, bi, trimalléolaire		
02708	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	158,35	6
	AVIS **:** *En chirurgie orthopédique*, *voir la* Règle d'application nº 28.		
	réduction ouverte		
02727	unimalléolaire	369,45	6
09542	bimalléolaire	580,55	6
18068	si fixation malléole postérieure, supplément	105,55	
18069	si fixation syndesmotique ou réparation du ligament deltoïde, supplément	105,55	
18070	par vis syndesmotique seule	369,45	6
	Reconstruction - réparation		
02199	réparation ligamentaire Note : Le code 02199 ne peut être facturé avec une autre chirurgie de l'onglet Musculo-squelettique, au même site, lors à la même séance.	369,45	6
02161	Reconstruction ligamentaire tardive (6 semaines ou plus)	700,00	6
02218	si tunnels osseux, supplément	150,00	
02441	Réparation tendon d'Achille	475,00	6
02889	tardive (6 semaines ou plus), supplément	158,30	
02890	Débridement isolé du tendon d'Achille et/ou péroniers	300,00	6

	Note : Ne peut être facturé avec un autre code des sections jambe-cheville- pied ipsilatéral lors d'une même séance		
02891	Débridement et stabilisation des péroniers, incluant la ténodèse Note : Ne peut être facturé avec un autre code des sections jambe-cheville- pied ipsilatéral lors d'une même séance	800,00	6
	Ténotomie (tendon d'Achille)		
18071	fermée (percutanée)	178,65	5
18114	allongement ouvert du tendon d'Achille ou gastrocnémien ou soléaire au bloc opératoire	350,00	4
	Pied		
	Allongement (incluant l'ostéotomie)		
02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (llizarov ou autre)	1 055,50	7
	Amputation		
02267	médiotarsienne ou transmétatarsienne (PG-28)	366,85	6
02287	un métatarsien en rayon	166,25	6
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied	33,25	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de métatarsiens.*		
18072	un métatarsien avec les phalanges (PG-28)	221,65	6
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28)	116,10	6
	chaque orteil additionnel	27,45	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'orteils.*		
	Arthrodèse		
	Articulations calcanéo-cuboidienne, astragalo-calcanéenne et talo-naviculaire		
02943	une articulation	1 000,00	6
02945	deux articulations	1 150,00	6
18073	trois articulations	1 300,00	6
	Articulation tarso-métatarsienne et/ou inter-cuneiforme et/ou naviculo-cuniforme		
02949	deux articulations ou moins	750,00	6
02959	trois articulations et plus	900,00	6
02946	articulation métatarso-phalangienne (PG-28)	400,00	6
02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (PG-28)	200,00	6
	chaque orteil additionnel	43,05	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'orteils.*		
	Arthrolyse		

02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre)	1 500,00	6
	Arthroscopie		
09500	pied (PG-28)	300,00	5
	Arthrotomie		
	Arthrotomie incluant, le cas échéant, la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire		
02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite (PG-28)	158,35	6
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite (PG-28)	316,65	6
09501	pour arthrite septique (PG-28)	300,00	6
	Biopsie		
09502	à l'aiguille ou au trocart	158,35	4
02247	ouverte (PG-28)	263,90	6
	Excision		
02244	complète d'astragale ou de calcanéum	600,00	8
02241	barre tarsienne	600,00	6
02234	fascia pour fibromatose plantaire (PG-28)	300,00	6
02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (PG-28)	300,00	6
02242	tête métatarsienne (PG-28)	250,00	6
	chaque tête additionnelle pour le même pied	33,05	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'excisions.*		
02245	os sésamoïde (PG-28)	300,00	6
	Note : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical par le même médecin.		
09505	tumeur bénigne calcanéum ou astragale (PG-28)	400,00	6
09506	tumeur bénigne calcanéum ou astragale avec ostéosynthèse	633,30	6
09507	tumeur bénigne os mineurs (PG-28)	211,10	6
09508	tumeur bénigne os mineurs avec ostéosynthèse	369,45	6
09509	tumeur maligne calcanéum ou astragale	369,45	7
09510	tumeur maligne calcanéum ou astragale avec ostéosynthèse	580,55	8
09511	tumeur maligne os mineurs (PG-28)	263,90	6
09512	tumeur maligne os mineurs avec ostéosynthèse (PG-28)	316,65	6
	Exérèse		
09513	prothèse, plaque ou vis (PG-28)	211,10	6
	Fracture ou luxation		
	tarse ou tarso-métatarsienne (Lisfranc)		
02710	réduction fermée, sous anesthésie (PG- 28)	158,35	5
02744	réduction fermée avec embrochage percutané	300,00	7
02729	réduction ouverte sauf l'astragale ou le calcanéum	550,00	7

02730	réduction ouverte astragale	800,00	7
18169	réduction ouverte calcanéum	800,00	7
02734	arthrodèse primaire sous-astragalienne	1 000,00	7
	métatarsien, phalange, articulations métatarso-phalangiennes et interphalangiennes		
02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28)	158,35	5
02691	réduction fermée avec embrochage percutané (PG-28)	211,10	5
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le)	52,80	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de métatarsiens ou de phalanges.*		
	réduction ouverte		
02731	et fixation par broche (PG-28)	263,90	6
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le)	79,15	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de métatarsiens ou de phalanges.*		
02728	et fixation par plaque et vis (PG-28)	400,00	6
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le)	150,00	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de métatarsiens ou de phalanges.*		
	Incision - drainage		
09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28)	116,10	6
09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28)	158,35	6
09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (PG-28)	400,00	6
	Manipulation et immobilisation		
09532	un ou deux pieds pour correction de difformité	158,35	4
	Ostéotomie		
02060	calcanéum, astragale ou tarse	600,00	6
09524	métatarse (PG-28)	300,00	6
	chaque métatarsien additionnel au même pied	100,00	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de métatarsiens.*		
09563	phalange (PG-28)	211,10	6
	Reconstruction		
	transposition et réinsertion tendineuse, pied et cheville, sauf les orteils		
09530	un (PG-28)	580,55	5
09531	plusieurs (PG-28)	738,85	6
18138	reconstruction métatarso-phalangienne des deuxième, troisième, quatrième ou cinquième orteils, incluant, le cas échéant, l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition, la réinsertion tendineuse et l'exérèse des ostéophytes à la base de la phalange mais n'incluant pas l'ostéotomie métatarsienne.	300,00	6
	chaque articulation additionnelle du même pied	33,05	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'articulations*.

18174	si réinsertion transosseuse de la plaque plantaire, par orteil, supplément	100,00	

capsulotomie tarso-métatarsienne

09528	un	263,90	6
	chaque articulation additionnelle du même pied	100,60	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'articulations*.

02049	syndactylie pour orteil	122,45	5
02422	correction de chevauchement du 5e orteil, toute technique (PG-28)	263,90	6
18074	correction de malformation congénitale de l'avant-pied chez l'enfant de 16 ans ou moins incluant la polydactylie Note : Le code 18074 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique, au même pied, à la même séance.	700,00	6

transposition et réinsertion tendineuse, orteil

09564	un	158,35	6
	chaque orteil additionnel du même pied	31,65	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'orteils*.

02550	arthroplastie de résection interphalangienne incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (PG-28)	200,00	6
	chaque orteil additionnel du même pied	31,65	

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'orteils*.

ténotomie ouverte ou fermée

18075	un orteil (PG-28)	158,35	5
18076	plusieurs orteils (PG-28)	211,10	5
18077	fascia plantaire (Steindler) (PG-28)	158,35	5

Correction d'hallux valgus ou varus

correction d'hallux valgus ou varus incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse

09593	sans ostéotomie incluant la chéilectomie ou l'excision partielle de la phalange proximale, le cas échéant (PG-28)	300,00	7
02069	avec ostéotomie distale du premier métatarsien (PG-28)	369,45	7
18078	avec ostéotomie diaphysaire ou proximale du premier métatarse ou arthrodèse cunéo-métatarsienne (PG-28)	450,00	7
09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (PG-28)	500,00	7
09568	si ostéotomie de la première phalange (Akin) en association avec une correction d'hallux valgus ou varus, supplément	105,00	

arthroplastie par prothèse métatarso-phalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant

09595	hémi-arthroplastie (PG-28)	316,65	7
09596	arthroplastie totale (PG-28)	400,00	7
	pied bot ou astragale vertical		
02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	550,00	7
02556	relâchement antérieur	550,00	7
02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	700,00	7
02560	relâchement postéro-médian	1 000,00	12
	Note : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	reprise d'un relâchement postéro-médian	1 250,00	15
	Note : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		

Bourse séreuse

Drainage

02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	211,10	6

Excision

02212	bourse calcanéenne (talon)	211,10	5
02236	bourse olécrânienne (PG-28)	211,10	5
02235	bourse huméro-radiale	190,10	5
02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétibiale	211,10	5
02255	bourse péritrochantérienne	211,10	5
02233	bourse sous-deltoïdienne	211,10	5
09534	bourse ischiatique	199,50	5
	Note : Tous les codes d'excision ne peuvent être facturés avec un autre service, au même site, pendant la même séance		

Incision - exérèse

02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	211,10	5

Muscles

Allongement

09535	allongement musculaire (PG-28)	369,45	4

Exérèse

	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale ou régionale		
02190	simple (PG-28)	158,35	6
02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu (PG-28)	316,65	6

Excision

09536	raccourcissement musculaire	199,50	6
02208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28)	277,05	6
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28)	422,20	6
02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	252,00	6
	section du sterno-cléïdo-mastoïdien (torticolis congénital)		
02023	une incision	362,00	6
18170	deux incisions	566,65	6
	tumeur		
02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	277,05	6
02152	excision tumeur bénigne (PG-28)	266,00	6
02153	excision tumeur maligne (PG-28)	535,65	6
02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	475,00	8

Reconstruction - réparation

02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale)	269,15	7
02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (PG-28)	221,65	6
02322	transplantation complète d'un muscle, v. g. grand pectoral 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 %.	943,90	10

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments

Excision

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
02201	une (PG-28)	221,65	6
02202	plusieurs (PG-28)	353,95	6
09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28) Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	166,25	5
02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	277,05	5
02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	166,25	6
02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	269,15	6

Incision et exérèse

02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (PG-28)	199,50	5
	Note : Ne peut être facturé avec une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.		
02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (PG- 28)	199,50	5
	Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
09597	Ténolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28)	354,65	6
	Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28)	176,95	5
	Note : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

Suture et reconstruction

	ténorraphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, avant-bras, jambe, cheville, pied		
02396	tendon extenseur (du même membre) (PG-28)	277,05	6
	maximum	831,15	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de tendons.*		
	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28)		
02397	réparation immédiate ou tardive	433,45	6
18117	si effectuées distalement au poignet, supplément	241,75	
02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc.		
	un tendon (PG-28)	263,90	6
	maximum	1 055,60	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de tendons.*		
02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	282,60	7
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	358,85	8
18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28)	589,90	6
	maximum	1 179,80	
	Note : Ne peut être facturé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de transferts tendineux.*		
18057	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28)	311,45	6
	Reconstruction d'un tendon		
18061	greffe tendineuse (PG-28)	509,80	6
	greffe tendineuse incluant reconstruction des poulies		
18058	en un temps (PG-28)	637,10	8
	en deux temps		

18059	premier temps (PG-28)	637,10	8
18060	deuxième temps (PG-28)	637,10	6
02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (PG-28)	141,60	6
	Transplantation		
02368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation	791,65	7
09582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent	802,20	8

Divers

AVIS **:** *Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction. La rémunération de l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans les honoraires de la visite ou de la prestation de soins principale.*

	application de stimulateurs électriques		
02488	externes	105,55	4
02489	percutanés	146,00	4
02490	internes	230,75	5
02348	changement de pansement sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	211,10	6
18113	fermeture de fasciotomie un ou plusieurs sites incluant, le cas échéant, débridement et myectomie	263,90	6
	Note : Les codes 02348 et 18113 ne peuvent être facturés avec un autre service par le même médecin ou un médecin de la même spécialité, à la même séance.		
18120	débridement pour fasciite nécrosante ou gangrène de Fournier, un ou plusieurs sites, sous anesthésie régionale ou générale	554,15	15
18121	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément	110,85	
02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	119,25	6
02301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28)	55,40	4
02328	exérèse de prothèse ailleurs	139,35	6
02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28)	166,25	6
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
09547	os majeur	211,10	6
09546	os mineur	158,35	4
02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28)	158,35	6
	Note : Le code 02300 ne peut être facturé lors de l'insertion de pince à traction squelettique crânienne.		
02381	prise de greffon osseux par un chirurgien d'une spécialité autre que le premier intervenant (PG-28)	211,10	

02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux		
	unilatéral	263,90	7
02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	168,65	4

Prélèvements chez un cadavre

Note : La Règle 8 de l'Addendum 4 de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

Prise de greffon entier pour allogreffe, incluant la préparation, l'emballage et la culture.

AVIS **:** *Les codes de facturation **02423**, **02424**, **02427**, **02428**, **02429**, **02430**, **02431** et **02530** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*

02430	astragale	268,50	
02423	bassin	554,15	
02431	calcanéum	148,40	
02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	475,00	
02428	humérus	357,50	
02530	peau	316,65	
02429	radius ou cubitus	323,85	
02427	tibia	369,45	

Réimplantation
(après amputation complète avec suture de nerfs, artères, veines, sous microscope)

AVIS **:** *Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver aux dossiers aux fins de références.*

Note : La Règle 8.1 de l'Addendum 4 de chirurgie ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

02355	avant-bras (PG-23)	1 888,90	18
02356	bras (PG-23)	1 888,90	18
02352	doigt (incluant au moins une articulation) (PG-23) (PG-28)	2 739,35	18
02357	épaule (PG-23)	2 428,60	18
02354	poignet (PG-23)	1 888,90	18

Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence

19052	Forfait par période de 24 heures	3 958,15	

AVIS **:** *Utiliser la* Facture de services médicaux – Médecins spécialistes *et inscrire comme heure de début du service 19 h.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

De plus, indiquer l'heure de début pour tous les services facturés le même jour et le lendemain.

18000	Pour le rôle 2		***18***

AVIS **:** *Voir la règle 13 de l'*Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.

Assistance opératoire :

18001	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins	686,10	
18002	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	791,65	
18003	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	949,95	
18004	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 161,05	
18005	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 424,95	
18006	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures	1 741,55	

Note : Les majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS **:** *Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.*

Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.

Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie orthopédique
(voir règle 14 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique)

18185	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total Note : Ne peut être facturé que par un médecin spécialiste exerçant principalement auprès d'une clientèle pédiatrique et désigné au tableau des suppléments d'honoraire de la chirurgie orthopédique lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.	1 050,00	15
18186	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 350,00	18
18187	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 650,00	18
18188	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 950,00	18
18189	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 250,00	18
18190	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 550,00	21
18191	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 850,00	21
18192	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 550,00	21
18193	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 200,00	21

Microanastomose (grossissement 5X et plus)

02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28)	932,05	10
02394	Greffe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	1 486,60	15
02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	766,85	8

Note : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.

Ostéointégration

Membres inférieurs

18201	en un seul temps (incluant insertion de la tige, des connecteurs et gestion des tissus mous)	1 000,00	12
18204	exérèse de clou centromédullaire, supplément	100,00	2
18205	exérèse de plaque et vis, supplément	50,00	1
	en deux temps		
18202	premier temps (réfection de moignon, incluant une ostéotomie de l'os distal, myodèse, insertion de la tige, fermeture)	800,00	10
18210	exérèse de clou centromédullaire, supplément	100,00	2
18211	exérèse de plaque et vis, supplément	50,00	1
18203	deuxième temps (création du stoma, insertion des connecteurs)	400,00	7

Révision de l'Ostéointégration

18206	uniquement des parties molles redondantes	450,00	7
18207	en un seul temps (incluant l'exérèse de la tige, le débridement, la réinsertion d'une nouvelle tige et la gestion des tissus mous)	1 500,00	16
	en deux temps :		
18208	premier temps (exérèse de la tige, débridement et remplacement par un implant temporaire ou fermeture le cas échéant)	1 200,00	12
18209	deuxième temps (exérèse de l'implant temporaire si présent, insertion de la tige définitive, des connecteurs et gestion des tissus mous)	1 200,00	12

Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes

18171	durée anesthésiologique de 2 à 3 heures au total	791,65	12
18172	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	1 055,50	15
09566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 372,15	18
09567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 688,80	18
02188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 322,10	18
02189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 955,40	21
02192	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 588,70	21
18173	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 222,00	21

AVIS **:** *Ne pas fournir le compte-rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.*

*Voir la règle 10 de l'*Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.

H — Système respiratoire

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**

Un supplément est payable sur le tarif de base des actes inclus dans les sections
« Bronches, Médiastin et Poumons et plèvre » du chapitre « Système respiratoire » pour un patient ayant un IMC >= 40, à l'exception du médecin classé en chirurgie générale pour lequel l'IMC du patient doit être >= 45.

03047	Acte de moins de 105 $, supplément	21,10	
03048	Acte entre 105 $ et 314 $, supplément	62,75	
03049	Acte entre 315 $ et 634 $, supplément	115,05	
03050	Acte de 635 $ et plus, supplément	179,45	

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

Pour le médecin classé en chirurgie générale, inscrire l'IMC du patient s'il est supérieur ou égal à 45.

Nez et nasopharynx

Incision

Abcès ou hématome de la cloison :

03000	drainage	52,55	6
03014	si fait sous anesthésie générale, supplément	175,00	
03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	175,25	6

Excision

Polypectomie nasale :

03160	unique (PG-28)	36,35	5
03172	multiple (PG-28)	55,25	5
03173	multiple bilatérale (PG-28)	105,50	5
03161	polype des choanes	105,20	5

	Amenuisement d'un ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie)		
03202	sous anesthésie locale	29,25	
03203	sous anesthésie générale	179,15	5
03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, sous anesthésie générale, toutes techniques, supplément	87,65	
	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser :		
03208	pour tumeur précancéreuse : nez, bouche et pharynx (PG-28)	233,70	5
03209	pour tumeur maligne du nez, bouche et pharynx	409,00	5
03239	Amputation nasale	355,85	5
	Réparation		
03320	Septodermoplastie (PG-28)	280,90	5
03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic et la collumelloplastie, le cas échéant (PG-28)	292,10	6
03343	Cure de sténose de valves nasales	91,85	5
	Cure de perforation de la cloison		
03318	sans greffon	296,95	5
03319	avec prélèvement de greffon provenant d'un autre site, toutes techniques (PG-28)	593,80	8
03367	Mise en place d'un bouton de silastic	89,55	6
	Septorhinoplastie :		
	partielle incluant la collumelloplastie, le cas échéant, mais excluant les ostéotomies		
03308	par voie endonasale (PG-28)	379,75	6
03309	par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	438,20	6
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
03225	par voie endonasale (PG-28)	467,45	6
03226	par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (PG-28)	584,25	8
03325	Collumelloplastie seule (PG-28)	233,70	6
03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou postchirurgicale (PG-28)	467,45	6
03327	Greffe composée	393,25	6
03328	Rhinophyma : rasage (PG-28)	221,65	7
	Chirurgie corrective de rhinite atrophique :		
03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	153,05	6
03331	par greffe autogène	211,10	6
	Atrésie d'une choane :		
03340	approche nasale antérieure	358,30	12
03342	approche par voie transpalatine	537,45	12
03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (PG-28)	59,30	5

Manipulation

Épistaxis :

03804	cautérisation de la cloison et/ou du cornet, unilatérale	17,50	4
03806	électrocautérisation de la cloison et/ou du cornet, unilatérale	40,90	4
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	315,50	5
03810	ligature intranasale de l'artère sphéno-palatine (PG-28)	358,30	8
03811	contrôle d'épistaxis sous anesthésie générale Note : Cet acte ne peut être facturé avec les actes 03803, 03804, 03806, 03810, 20539, 20540 et 20541, à la même séance.	250,00	10

Corps étranger

Extraction de corps étranger du nez :

03002	par rhinotomie	168,55	5
03194	par rhinoscopie (PG-28)	46,75	4
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	70,10	4

Excision

Exérèse de tumeur :

03165	par voie intranasale	118,75	6
03166	par voie transpalatine	358,30	6
03167	par voie nasopharyngée	238,85	6
03071	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur nasale	250,25	5
03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane	263,90	5
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome	537,45	8

Réparation

03337	Réparation de fistule oro-nasale	71,50	4
03072	si lambeau(x) sous anesthésie générale, supplément	161,40	
03338	Correction de difformités post-sinusectomie radicale	166,25	5
03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du nasopharynx	68,90	4

Sinus

Les chirurgies fonctionnelles endoscopiques complexes d'un sinus ou de la base du crâne peuvent donner ouverture à un supplément per-opératoire dans les pathologies suivantes :

- Révision d'une chirurgie d'un sinus
- Présence d'une anatomie sinusienne perturbée soit d'origine développementale, postopératoire ou traumatique
- Polypose nasosinusienne extensive
- Pathologie impliquant les sinus sphénoïde, ethmoïdien postérieur ou frontal
- Pathologie inflammatoire impliquant la base du crâne, l'orbite, le nerf optique ou l'artère carotide

	- Chirurgie réalisée pour rhinorrhée de liquide céphalo-rachidien ou pour condition pathologique impliquant un déficit osseux de la base du crâne - Tumeur bénigne ou maligne rhinosinusienne		
03073	lorsque les chirurgies sont effectuées par une technique guidée par informatique (CGI),supplément	179,15	
03051	lorsqu'il y a ligature de l'artère sphéno-palatine pour contrôle ou prévention d'épistaxis, toutes techniques (clip, suture, etc.), supplément	105,55	
03052	lorsqu'il y a cautérisation de l'artère sphéno-palatine pour contrôle ou prévention d'épistaxis, supplément	52,80	
	Incision		
03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne et infundibulectomie, le cas échéant) (PG-28)	146,10	6
03008	Sinusotomie frontale par voie externe toutes techniques	181,90	6
03005	Sinusotomie sphénoïdale	179,15	6
	Note : Ne peut s'ajouter au service médical code 03113 au cours d'une même séance.		
03006	Installation d'un tube d'irrigation maxillaire MAST (maxillary antrum sinusotomy tube)	75,20	5
03007	Installation d'un tube d'irrigation ethmoïdienne TIE	110,85	5
	Excision		
03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (PG-28)	233,70	6
03215	Sinusectomie frontale externe radicale	530,90	6
03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	642,70	8
03369	avec greffe adipeuse (supplément)	116,70	
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
03110	antérieure unilatérale (PG-28)	175,25	6
03111	antérieure et postérieure unilatérale (PG-28)	198,65	6
03112	avec sphénoïdotomie (PG-28)	243,25	6
03113	avec sphénoïdectomie (PG-28)	292,10	6
03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	289,95	6
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie le cas échéant :		
03210	par voie intranasale	204,50	6
03211	par voie transpalatine	391,00	6
03246	par voie transseptale	324,40	6
	Note : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au code 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire	474,90	6
03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire	716,65	10
	avec exentération de l'orbite :		
03237	sans exérèse du plateau palato-dentaire	531,80	10

03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire	660,80	12
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie trans-antrale		
03247	ligature de l'artère maxillaire interne (PG-28)	425,15	6
03248	ganglionectomie sphéno-palatine	337,75	7
03249	section de V2	375,75	7
03250	biopsie	415,95	6
03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale	337,75	7
	Réparation		
03339	Fermeture de fistule oro-antrale par Caldwell-Luc avec ou sans lambeau	358,30	6
03347	Reconstruction du canal naso-frontal incluant, le cas échéant, la greffe, le lambeau, la sinusectomie frontale et l'installation de la prothèse (PG-28)	477,75	8
03332	Cure intranasale d'écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR)	477,75	15
03375	au cours d'une autre intervention, supplément	179,15	

Larynx

Incision

03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	425,15	6

Introduction

	Laryngoscopie incluant la biopsie :		
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, unilatérale		
03039	directe (PG-23)	143,60	6
03040	à suspension (PG-23)	175,60	6
03041	au microscope (PG-23)	184,05	7
03053	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, bilatérale :		
03042	directe (PG-23)	175,60	6
03043	à suspension (PG-23)	209,45	6
03044	au microscope (PG-23)	219,60	7
03054	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	
03045	avec injection de substance pour combler ou médialiser une corde vocale (PG-23)	298,60	6
03046	microchirurgie sous-glottique	418,05	7
03055	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	

Excision

	Laryngectomie incluant la myotomie du crico-pharyngé, le cas échéant		
03114	partielle (fronto-latérale ou verticale)	640,95	9
03115	sus-glottique	876,40	11
03116	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément Note : Le supplément codé 03116 ne s'applique qu'aux codes 03114 et 03115.	100,00	

03220	totale	955,50	15
03221	totale et thyroïdectomie totale	1 194,35	15
03222	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 074,90	15
	Aryténoïdopexie ou aryténoïdectomie ou cordectomie :		
03241	par voie endolaryngée	358,30	6
03233	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	
03234	Médialisation de la corde vocale, toutes techniques	550,00	7
03074	Ajustement de l'implant par voie externe effectué lors d'une autre séance	277,05	5
03223	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	580,95	6
	Pharyngo-laryngectomie :		
03227	totale	1 074,90	12
03228	totale et thyroïdectomie totale	1 273,55	18
03229	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 194,35	18

Réparation

03075	Supraglottoplastie (PG-23)	350,55	9
03080	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	
03349	Laryngoplastie	369,45	8
03363	Cure de laryngocèle	454,90	8
03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	243,25	5
03334	Réinervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	709,30	8

Trachée

Incision

03019	Trachéotomie (PG-28)	292,10	7
03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	169,45	7

Excision

	Résection trachéale avec reconstruction		
03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	974,50	10
03179	trachée cervicale incluant le cricoïde	1 304,50	18
03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	1 689,50	18
03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	1 139,95	18

Réparation

	Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
03315	par excision de tissu cicatriciel	127,40	6
03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	198,65	6
03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (PG-28)	237,95	6
	Fermeture de fistule :		

03351	trachéale post-traumatique	350,55	6
03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	864,45	15
03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autres	328,45	6
03009	Remplacement d'implant phonatoire	52,80	6
	Trachéoplastie :		
03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	642,70	8
03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	950,85	15
	Trachéorraphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique):		
03353	cervicale	603,95	10
03355	thoracique	753,65	18
03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	1 194,35	18
03010	Aortopexie pour trachéomalacie sévère, incluant la thymectomie et la bronchoscopie per-opératoire, sauf si effectuée par un médecin d'une autre discipline, toute technique, toute voie d'approche (PG-23)	900,00	18

Bronches

Réparation

	Bronchoplastie :		
03357	correction de sténose et anastomose	993,00	18
	Fistule broncho-pleurale		
03372	fermeture simple par thoracotomie	683,20	18
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	1 004,90	18
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	865,25	15

Médiastin

Incision

	Médiastinotomie pour exploration ou drainage :		
03035	voie cervicale	339,55	8
03036	voie thoracique	377,35	10
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	396,15	12

Excision

03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin	750,25	15
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	1 065,70	18
03240	Thymectomie	780,75	15

Réparation

03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	793,40	15

Poumons et plèvre

Incision

03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire	232,15	8
	Thoracotomie		
03026	pour contrôle d'hémorragie	362,40	15
03028	exploratrice avec exérèse de corps étranger	498,70	15
03120	exploratrice avec biopsie	345,90	15
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	600,80	15
03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois	1 068,15	15
03017	pleurectomie partielle, supplément	37,40	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardiorespiratoire	150,85	12
03031	Décortication totale du poumon incluant, le cas échéant, le drainage d'empyème, non complémentaire à un autre acte chirurgical associée à la même séance opératoire	853,75	15
03076	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique sans autre intervention au même site	475,00	18
03077	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique lors d'une autre intervention ou si effectué par un autre médecin, supplément	300,00	
03011	Thoracoscopie diagnostique avec ou sans biopsie	261,45	8
03013	Thoracoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	125,50	
	Note : Le code 03013 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une thoracoscopie suivie d'une thoracotomie.		

Excision

03122	Résection cunéiforme (Wedge)	376,85	15
03140	chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément	53,45	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de résections additionnelles.*		
03124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire	827,45	15
03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire	1 568,70	15
03162	pneumonectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément	250,95	
03126	segmentectomie additionnelle, supplément	140,75	
03127	lobectomie moyenne (côté droit), supplément	140,75	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	210,55	
03129	avec bronchoplastie, supplément	151,80	
03078	avec angioplastie, supplément	116,35	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	128,55	

03131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prosthétique, tout type, supplément	224,95	
03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	1 329,95	18
03139	Réintervention pour lobectomie plus de 30 jours après une autre chirurgie thoracique ipsilatérale, supplément	225,90	
	Pneumonectomie simple		
03133	avec ou sans évidement ganglionnaire	1 547,90	18
03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	74,60	
03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	236,25	
03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	324,25	
03134	Péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	77,40	
03138	Pneumonectomie extrapleurale	2 138,25	18
03079	Réintervention pour pneumonectomie plus de 30 jours après une autre chirurgie thoracique ipsilatérale, supplément	116,05	
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	751,85	15
03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	410,30	15
	Collapsothérapie		
	Thoracoplastie, incluant apicolyse :		
	premier stade		
03374	minimum de trois côtes	253,35	6
	chaque côte additionnelle	70,50	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de côtes.*		
03311	deuxième stade	143,00	6
03312	troisième stade	134,05	5
	Pneumolyse :		
03313	intrapleurale	150,60	4
03314	extrapleurale	225,90	4
03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	62,75	4

J — Système cardiaque

	R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

Voir la Règle d'application no 7.

Note : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention des sections suivantes : Transplantation, Coeur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire thoracique p ratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.
Note : À moins qu'il y ait d'autre mention, s'il y a chirurgie de plus d'une valve, s'il y a chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien, s'il y a chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, les actes associés sont payés à 90 %.

AVIS **:** *Lorsque la chirurgie principale n'est pas une chirurgie valvulaire, un pontage coronarien ou une chirurgie aortique, voir la règle 8.1 Addendum 4 - Chirurgie*

Note : S'il y a une angiographie coronarienne, s'il y a une mesure du débit coronaire par Doppler (transit time flow measurement TTFM) effectuée à la même séance, en même temps qu'une chirurgie cardiaque, un supplément de 100 $ est applicable à chacun de ces examens.

Un maximum de 3 suppléments par séance peut être appliqué pour la réalisation d'angiographies coronariennes, ou de mesure du débit coronaire par Doppler (transit time flow measurement TTFM) et un seul supplément applicable par pontage planifié (le supplément ne peut pas être appliqué sur une reprise de pontage lors de cette même séance).

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***04017***.
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code.

Note : S'il y a une échographie épiaortique ou épicardique, effectuée à la même séance en même temps qu'une chirurgie cardiaque, un supplément de 100 $ est applicable à chacun de ces examens.
Maximum 1 supplément par séance.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***04059****.*
Le rôle 1 est obligatoire avec ce code.

Note : Pour toute chirurgie valvulaire, chirurgie coronarienne, chirurgie de l'arythmie ou ligature de l'appendice auriculaire gauche effectuée par technique endoscopique, endovasculaire ou robotique, un supplément de 500 $ est applicable.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***04018****.*

Actes généraux

04505	Refermeture complexe avec ou sans système spécialisé, ou révision de plaie sternale incluant, le cas échéant, le débridement de plaie sternale sous anesthésie générale, la résection osseuse et/ou cartilagineuse, l'exérèse de vis, plaque(s), clou(s), broche(s), le changement de pansement sous anesthésie générale ou l'installation d'un appareil à pression négative (type VAC) (PG-23)	500,00	9
	Note : Le code 04505 ne peut être facturé avec le code 02540.		
	par lambeau musculaire du pectoral et/ou du grand droit		
04525	un lambeau (PG-23)	738,85	12
04531	deux lambeaux (PG-23)	1 100,00	12
	Circulation assistée		
	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
04508	installation par canulation périphérique (PG-23)	508,90	21
04517	installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (PG-23)	1 017,80	21
04509	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	200,80	
04510	exérèse (PG-23)	471,00	15
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
04511	installation	4 479,00	21
04512	surveillance, par jour, par patient	200,80	
	Note : Le code 04512 ne doit pas être considéré comme une chirurgie aux fins de l'application de la règle 2.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
04513	exérèse	942,10	21
	Note : Les codes 04508 à 04513 et le code 04517 ne peuvent être facturés par aucun médecin lorsque les codes 00803, 00897, 00898 et 00899 ont été facturé pour le même patient lorsqu'il est présent aux soins intensifs.		
04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (PG-23)	121,00	
04041	si hémofiltration, supplément	100,00	
04019	si canulation artérielle, axillaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	

04020	si canulation veineuse jugulaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	
04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé, de type « Cell Saver » A8-1 (PG-23) Note : Ne s'applique pas à la retransfusion de sang prélevé dans les jours précédents ni au sang récupéré (Shed Blood).	81,45	
	Hypothermie		
04560	Emploi d'hypothermie profonde (<25°C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (PG-23)	254,40	
04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	127,20	
	Divers		
04565	Lors d'une chirurgie cardiaque, l'approche transseptale ou la fermeture concommitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 315,40 $		
04566	Reprise d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire intrathoracique, supplément (PG-23) Maximum 1 supplément par 24 heures Note : Ce supplément ne peut être facturé le même jour que la chirurgie initiale.	336,40	

Transplantation

04035	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
04574	Forfait de prélèvement coeur ou coeur-poumons ou poumons (PG-23)	683,40	12
	AVIS **:** *Le code de facturation **04574** est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*		
	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche		
04523	un (PG-23)	496,50	
04524	deux (PG-23)	567,45	
	AVIS **:** *Les codes de facturation **04523** et **04524** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*		
04530	Transplantation pulmonaire unilatérale « C » (PG-23)	3 217,20	21
04042	chirurgien collaborateur	2 037,45	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.2 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
04043	Transplantation pulmonaire bilatérale « C » (PG-23)	5 046,80	21

04044	chirurgien collaborateur	2 895,50	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.2 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
04528	Transplantation cardiaque « C » (PG-23)	2 500,00	21
04529	Transplantation coeur-poumons « C » (PG-23)	4 765,60	21

Coeur et péricarde

04036	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
04060	Ligature de l'appendice auriculaire gauche lors d'une chirurgie cardiaque, toutes techniques, (PG-23)	506,80	15
	Incision		
04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger, comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (PG-23)	344,90	21
04533	Réexploration médiastinale pour saignement, tamponnade ou arrêt cardiaque « C » (PG-23)	336,40	12
	Excision		
04536	Biopsie cardiaque ouverte (toute technique) (PG-23)	289,10	10
04537	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	942,10	21
04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	1 076,60	21
	Péricardectomie :		
04539	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par sternotomie (toute technique) (PG-23)	1 051,40	21
04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (PG-23)	311,20	12
	Réparation		
	Valvule aortique :		
04542	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (PG-23)	1 033,50	21
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec une intervention valvulaire aortique lors à la même séance.		
04543	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 211,20	21
04541	Procédure de Ross : Remplacement valvulaire aortique par autogreffe de la valve pulmonaire, réimplantation des ostia coronariens et remplacement valvulaire pulmonaire par homogreffe (PG-23)	3 000,00	21
	Racine aortique :		
04575	Bentall : Remplacement par prothèse valvulaire mécanique ou biologique et remplacement de la racine aortique avec conduit valvé et réimplantation des ostia coronariens incluant la circulation extracorporelle (PG-23)	3 044,55	21

04580	Chirurgie de préservation valvulaire aortique (Tirone David - Yacoub) : Reconstruction de la racine aortique incluant valvuloplastie et annuloplastie aortique par technique de remodelage (Yacoub) ou technique de réimplantation (David) avec préservation de la valve native et réimplantation ostia coronariens (incluant, le cas échéant, la re-suspension des commissures simples, de l'aortoplastie simple par conduit ou anneau de la jonction sino- tubulaire et/ou la circulation extracorporelle) (PG-23)	3 344,55	21
04544	aortoplastie ou annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)	269,20	
	NOTE : Le supplément 04544 s'applique aux codes 04543, 04545, 04541 et 04575		
	NOTE : Le supplément 04544 s'applique au code 04580 lorsque la technique d'annuloplastie n'est pas la technique de remodelage ou la technique de réimplantation, ou, le cas échéant, lorsqu'il ne s'agit pas d'une aortoplastie simple par conduit ou anneau de la jonction sino-tubulaire		
04547	Procédure de Konno « C » (PG-23)	2 355,10	21
04548	Procédure de Bentall-Konno ou de Ross-Konno « C » (PG-23)	3 550,05	21
	Valvule mitrale :		
04550	Commissurotomie (PG-23)	807,50	21
04551	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	21
04554	Annuloplastie (PG-23)	1 076,60	21
04555	Valvuloplastie mitrale incluant, l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages (toute technique) (PG-23)	1 345,80	21
04553	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 345,80	21
04021	Reconstruction de l'anneau mitral ou de la jonction atrio-ventriculaire avec pièce de péricarde ou oreillette gauche (intéressant au moins 30 % de la circonférence de l'anneau), supplément (PG-23)	500,00	
	Valvule tricuspidienne :		
04556	Commissurotomie (PG-23)	562,25	21
04557	Remplacement (PG-23)	701,30	21
04558	Valvuloplastie et annuloplastie (PG-23)	701,30	21
	Valvule pulmonaire :		
04561	Valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (PG-23)	807,50	21
04562	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	21
04563	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 211,20	21
	Exérèse de prothèse valvulaire ou homogreffe, supplément		
04520	une (PG-23)	317,50	
04521	deux (PG-23)	476,30	
	Oreillettes :		
04567	création de communication interauriculaire ou fenestration « C » (PG-23)	665,00	21

04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (PG-23)	1 300,00	21
04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum, plastie mitrale, CIA secundum) « C » (PG-23)	1 816,80	21
04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV, plastie tricuspidienne, CIA secundum) (PG-23)	2 721,40	21
04571	réparation d'une communication interauriculaire de type sinus venosus « C » (PG-23)	1 533,00	21
04572	atrioseptopexie pour cor triatriatum ou transposition des vaisseaux de la base ou oreillette commune (PG-23)	2 017,60	21
04573	Opération de Fontan (PG-23) « C »	3 600,00	21
	Ventricules :		
	Réparation d'une communication interventriculaire :		
04576	unique ou postinfarctus (PG-23)	1 845,80	21
04577	multiple (PG-23)	2 017,60	21
04578	agrandissement ou création de communication interventriculaire (PG-23)	1 136,35	21
04579	Tunnel interne du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	21
	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 4 500 $ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin spécialiste en chirurgie cardiovasculaire et thoracique pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.		
	AVIS **:** *Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus du code de facturation* ***04579****. La Régie fera les ajustements nécessaires en tenant compte des règles 14 et 23 du préambule général.*		
04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	21
04582	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (PG-23)	1 076,60	21
04583	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche(PG-23)	1 345,80	21
04584	Réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (PG-23)	2 817,00	21
	dans les cas de tétralogie ou pentalogie de Fallot complexe:		
04005	si correction de CIA de type ostium primum et valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages, supplément (PG 23)	1 278,40	
04006	si valvuloplastie et annuloplastie de la valvule tricuspidienne, supplément (PG 23)	666,20	
04007	si correction de sténose des artères pulmonaires au delà du tronc, par patch ou par greffon, supplément (PG 23)	527,75	
04585	Réparation d'anévrisme ventriculaire (PG-23)	672,90	21
04586	Cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	776,85	21

04587	Réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (PG-23)	1 272,20	21
	Cardiorraphie :		
04588	Réparation auriculaire ou ventriculaire de lacération transpariétale ou traumatisme cardiaque transpariétal non lié à une voie d'approche cardiaque (PG-23)	672,90	15
04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch Arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (PG-23)	4 036,30	21
04534	correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel (PG-23), supplément	1 331,70	
04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) « C » (PG-23)	4 036,40	21

CHIRURGIE CORONARIENNE

04037	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
	Réparation		
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
04601	unique (toute technique) (PG-23)	868,90	21
04602	deux (toute technique) (PG-23)	1 069,35	21
04603	trois (toute technique)	1 270,95	21
04604	quatre (toute technique)	1 339,80	21
04605	cinq (toute technique)	1 403,55	21
04606	six et plus (toute technique)	1 536,15	21
	Prélèvement de greffons autologues artériels ou veineux		
04607	un greffon, supplément (PG-23)	100,90	
04611	deux greffons, supplément (PG-23)	134,60	
04612	trois greffons ou plus, supplément	168,20	
04022	si effectué par technique endoscopique ou robotique, par greffon, supplément (PG-23)	100,00	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de greffons.*		
04608	Chirurgie coronarienne ou valvulaire à coeur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément	121,00	
	NOTE : Le code 04514 ne peut être facturé avec ce supplément, à la même séance.		
04610	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)	1 908,30	21

CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

04038	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	527,75	
04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opératoire (toute technique), supplément (PG-23)	270,20	
	Technique d'ablation :		
04622	section de faisceau accessoire (WPW) par cardiotomie et/ou par cryothermie (toute technique) (PG-23)	672,90	15
04624	par résection endocardique ou par cryochirurgie pour tachycardie ventriculaire (toute technique) (PG-23)	556,20	15
04619	myocardique auriculaire (procédure de MAZE) toutes voies d'approche, incisions, radiofréquence ou autre NOTE : Le code 04619 est rémunéré à 90 % si effectué lors d'une chirurgie cardiaque.	841,10	

APPAREIL VASCULAIRE

THORACIQUE CHIRURGIE OUVERTE, TOUTE TECHNIQUE

04039	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
	Chirurgie congénitale		
04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (toute technique) (PG-23)	1 345,80	21
04631	Correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant la correction de la coarctation de l'aorte, la ligature du canal artériel et la fermeture de CIA ou de CIV ou la réparation d'une sténose sous-aortique « C » (PG-23)	3 154,20	21
04632	Réparation d'anneau vasculaire (PG-23)	807,50	21
04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	1 348,80	21
04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	807,50	21
	Anastomose :		
04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent)(PG-23)	1 348,80	21
04638	cavo-pulmonaire (PG-23)	2 272,20	21
04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (PG-23)	1 367,90	21
04598	anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante incluant le shunt systémo-pulmonaire, le cas échéant « C »(PG-23)	1 899,90	21
04621	réparation de retour veineux partiel anormal (PG-23)	953,60	21
04626	réparation de retour veineux total anormal (PG-23)	2 400,00	21
04627	réparation de sténose des veines pulmonaires (PG-23)	1 907,20	21
04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (PG-23)	672,90	21
	unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s),		
	anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire		

04629	unilatérale « C » (PG-23)	1 814,00	21
04635	bilatérale « C » (PG-23)	2 860,90	21
04636	fermeture de CIV et/ou conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base, supplément (PG-23)	1 006,50	
04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (PG-23)	403,70	21
04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (toute technique) (PG-23)	807,50	21

Chirurgie de l'aorte

04687	Lors d'une chirurgie de l'aorte pour anévrisme rompu ou dissection aortique ou explantation d'endoprothèse, supplément	210,30	
04645	Remplacement de l'aorte ascendante (PG-23)	1 272,20	21
	Réparation d'un anévrisme de la crosse aortique (PG-23)		
04647	temps chirurgical	2 017,60	21
04026	temps radiologique	1 038,50	21
04027	temps chirurgical et radiologique	2 017,60	21
	NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.		
04648	Réparation d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales	1 788,65	21
04650	Réparation d'un anévrisme de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 878,80	21
04651	avec réimplantation d'une artère viscérale, supplément	419,05	
04652	avec réimplantation de deux artères viscérales, supplément	753,60	
04045	avec réimplantation de trois artères viscérales ou plus, supplément	753,60	

Autres chirurgies

04655	Thrombo-endartérectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant	2 161,70	21
04649	Embolectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte pour embolie pulmonaire aiguë	1 051,40	21
04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	863,45	18

NON THORACIQUE CHIRURGIE OUVERTE, TOUTE TECHNIQUE

AVIS **:** *Voir la règle 8.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

04668	Réparation d'anévrisme de l'aorte abdominale ou iliaque ou périphérique, supplément	155,70	
04669	Réparation d'anévrisme rompu ou dissection aortique ou explantation d'endoprothèse, supplément	467,10	
04046	Infection artérielle ou de prothèse vasculaire, supplément	480,00	
	NOTE : Le protocole opératoire doit faire mention du diagnostic artériel ou du type de prothèse artérielle infectée.		

04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	363,30	
04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	103,80	
04031	Pontage fémoro-fémoral ou ilio-fémoral associé, supplément	350,00	
04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux utilisé pour une réparation vasculaire ou pour un pontage, excluant la veine saphène ipsilatérale, supplément	207,60	
04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	221,65	6
04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	467,10	10
04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	350,00	8
04667	Réparation par ligature d'un anévrisme ou d'un faux anévrisme sur une artère périphérique, pour tout site anatomique, sans autre chirurgie vasculaire, à la même séance NOTE : Ne peut être facturé avec les codes 04669, 04668 et 04046.	350,00	8
04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	730,30	8
	Perfusion régionale pour chimiothérapie		
04691	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir	280,00	8
04040	Perfusion régionale hyperthermique du membre supérieur ou du membre inférieur, incluant la technique, la prise en charge du patient ainsi que la surveillance	633,30	10
	AVIS **:** *Inscrire l'heure de début du service.*		
01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	475,00	10
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage		
04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	871,95	15
04693	Aorto-aortique	1 245,60	18
	Aorto-iliaque :		
04694	unilatéral	1 038,00	15
04695	bilatéral	1 453,20	18
	Aorto-fémoral :		
04696	unilatéral	1 193,70	15
04697	bilatéral	1 557,05	18
04698	ilio-fémoral	926,55	15
04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 349,40	18
04030	Temps radiologique dans les cas de pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier, toute technique	1 148,95	18

NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.
NOTE **:** Le code 04030 n'est pas soumis à la Règle 8.3 de l'Addendum 4 -Chirurgie.
NOTE **:** Ne peut être facturé par un médecin classé en chirurgie vasculaire.

Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation

04701	d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	311,70	
04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	623,45	
04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	935,15	
04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	114,45	

Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique

04707	Fémoro-poplitée	523,15	12
04708	Fémorale commune	523,15	12
04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	523,15	12
04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	778,50	12

NOTE **:** Ne peuvent être facturés pour une embolectomie au même site anatomique.

Pontage d'une artère périphérique

Fémoro-poplité :

04713	prothèse synthétique	726,60	12
04714	greffon veineux, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	1 038,00	12

Fémoro-tibial, péronier, pédieux ou plantaire :

04715	prothèse synthétique	726,60	12
04716	greffon veineux, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	1 141,80	12
04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales)	1 401,30	12
04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	732,45	12

Autres pontages

Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axillaire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt, incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :

04725	pontage par prothèse synthétique	782,00	18
04726	pontage par prothèse veineuse (toute technique)	738,05	12
04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertébrale	854,50	18

Pontage :

04732	axillo-fémoral	813,80	12
04733	fémoro-fémoral	732,45	12
04734	sous-clavier - sous-clavier	750,45	12
04735	axillo-bi-fémoral	1 038,00	15

	Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :		
04736	Angioplastie transluminale d'une ou plusieurs sténose(s), à un ou des site(s) différent(s) du site de l'intervention, sous contrôle angiographique, supplément	109,00	
04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément	38,20	
	Divers		
04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	327,00	12
04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	54,50	
	Anastomose :		
04743	porto-cave	717,75	15
04744	spléno-rénale	797,95	18
04745	mésentérico-cave	1 046,30	18
04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	137,30	
	Hémodialyse		
04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	415,20	10
04032	Création d'une nouvelle fistule artério-veineuse au même site qu'une ancienne fistule, avec ou sans greffe	369,45	10
04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	221,65	10
	Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse		
04752	Thrombectomie par voie ouverte	192,05	6
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	327,00	10
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	256,00	8
04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	119,90	7
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	126,85	
	Réparation de fistules artério-veineuses excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie		
04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse (PG-28 pour chirurgien général seulement)	109,00	7
04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus (PG-28 pour chirurgien général seulement)	166,95	7
	NOTE *:* Aucun supplément ne peut s'ajouter aux deux actes ci-dessus.		
	Réparation		
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du cou par :		
04762	suture simple	782,00	10
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (PG-23)	785,00	12
04764	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	653,90	15
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :		
04033	suture simple	782,00	10

04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	912,30	12
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
04768	suture simple (PG-28)	263,90	8
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	685,10	8
04770	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse	627,80	10
------	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	**(voir système musculo-squelettique)**	
------	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	**(voir système musculo-squelettique)**	
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	120,35	6
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	467,50	6
04778	Ligature de la veine fémorale (toute technique)	213,15	5

CHIRURGIE ENDOVASCULAIRE POUR TRAITEMENT D'ANÉVRISME OU DE DISSECTION AORTIQUE, TOUTE TECHNIQUE

NOTE **:** Aucun code de l'onglet H - Radiologie diagnostique et aucun code de l'onglet C -Procédés diagnostiques et thérapeutiques ne peuvent être facturés avec les codes de la présente section sauf 09436 et 09437, à la même séance.

04047	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	103,80	
04048	Réparation d'anévrisme rompu ou dissection aortique ou explantation d'endoprothèse, supplément	467,10	
04049	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	363,30	
04052	Lors de la création d'un conduit chirurgical pour l'accès au système artériel, supplément	805,65	
04053	Mise en place d'une endoprothèse couverte dans l'aorte abdominale ou aorto-iliaque	1 197,05	15
04054	Mise en place d'une endoprothèse couverte dans l'aorte thoracique	1 788,65	18
	Mise en place d'une endoprothèse couverte fenestrée ou avec branche viscérale pour un total de :		
04055	une fenestration ou branche viscérale	2 297,85	18
04056	deux fenestrations ou branches viscérales	2 632,40	21
04057	trois fenestrations ou branches viscérales	2 632,40	21
04058	quatre fenestrations ou branches viscérales ou plus NOTE : Ne peuvent être facturés pour la canulation de l'artère iliaque interne ou la branche contralatérale d'une prothèse couverte infrarénale.	2 632,40	21

VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	100,90	6
04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	110,85	6
04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (PG-28)	269,15	6
04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	336,45	6
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
04786	une incision	73,90	5
04787	deux incisions	91,15	5
04788	trois incisions ou plus	98,75	5

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **04786**, **04787** et **04788**, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

NOTE *:* Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.
NOTE *:* L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **04786**, **04787** et **04788**, insrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie*.

	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse		
04790	une incision	15,75	
04791	deux incisions	31,35	
04792	trois incisions ou plus	48,85	

NOTE *:* Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.

04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompétentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	339,55	6
04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	253,30	5
04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récidive de varices	131,80	6

	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	113,20	5
04799	sous-aponévrotique	216,00	5

K — Système lymphatique et hématopoïétique

		R = 1	R = 2
	AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**		
	Excision		
04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)	158,35	6
04158	si effectuée sous anesthésie générale, supplément	133,85	
04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)	231,45	6
04162	Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (PG-28)	231,45	6
04160	Résection locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat	438,20	6
	AVIS **:** *Conserver le rapport pathologique ou microbiologique au dossier. Attendre que la RAMQ vous fasse parvenir une demande de renseignements 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	964,50	10
04257	Splénectomie chez le cadavre	282,90	
	Rupture de la rate, réparation par :		
04250	suture (non iatrogénique)	1 059,30	10
04166	suture (iatrogénique)	514,40	
04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	1 093,05	10
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	531,95	10
04236	Bouton osseux	41,00	4
	Évidement cervical :		
04233	type fonctionnel unilatéral (3 aires et plus)	876,40	12
04238	dissection limitée de 2 aires unilatérales ou dissection centrale	438,20	7

	Évidement des ganglions lymphatiques :		
04243	région inguinale superficielle ou iliaque	610,85	6
04244	régions iliaque et inguinale superficielle et profonde	801,00	10
04240	région axillaire de niveau 1,2 ou 3	643,00	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'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	308,70	6
04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	111,05	
04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1 248,65	15
04249	post-chimiothérapie, supplément	211,10	
-----	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	**(voir peau-phanères)**	
04245	profond	501,35	6
04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	527,75	10
04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	363,10	8

L — Système digestif

	R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**

NOTE *:* L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « D » inclut toute autre intervention du présent onglet pratiquée à la même séance, à l'exception des suppléments d'IMC pouvant s'appliquer.
NOTE *:* Le chirurgien collaborateur est celui qui, compte tenu du degré de difficulté d'une chirurgie, apporte sa contribution au chirurgien principal pour l'ensemble de la chirurgie.

AVIS **:** *Lorsque les codes de facturation* ***05290****,* ***05291****,* ***05295*** *à* ***05299****,* ***05528, 05529, 05541, 05545, 05546*** *sont demandés par le chirurgien collaborateur, le médecin assistant (rôle 4) associé à la chirurgie principale ne peut être rémunéré.*

Un supplément est payable sur le tarif de base des actes inclus dans les sections « Oesophage, Estomac, Intestin, Appendice, Rectum, Anus, Foie, Voies biliaires, Pancréas et Abdomen, péritoine et épiploon » du chapitre « Système digestif » pour un patient ayant un IMC >= 40, à l'exception du médecin classé en chirurgie générale pour lequel l'IMC du patient doit être >= 45.

Dans le cas des procédures associées à une chirurgie pour obésité morbide (toutes procédures confondues : codes 05305, 05355, 05306, 05528, 05307, 05308, 05529, 05309, 05527, 05373, 05375 et 05376), le supplément n'est applicable qu'à partir d'un IMC de 55 et plus; et ce, pour toutes les procédures en découlant. Cependant, lorsque les codes 05373, 05375 et 05376 sont facturés pour une chirurgie autre que bariatrique, le supplément d'IMC à 40 et plus s'applique, à l'exception du médecin classé en chirurgie générale pour lequel l'IMC du patient doit être >= 45.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Facturé pour une chirurgie autre que bariatrique**.

05510	Acte de moins de 105 $, supplément	20,90	
05511	Acte entre 105 $ et 314 $, supplément	62,75	
05512	Acte entre 315 $ et 634 $, supplément	115,05	
05513	Acte de 635 $ et plus, supplément	177,80	

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

Pour le médecin classé en chirurgie générale, inscrire l'IMC du patient s'il est supérieur ou égal à 45.

AVIS **:** *Pour déterminer le supplément à appliquer pour votre code de facturation, voir la tarification de base de celui-ci.*

Un supplément est payable pour les actes inclus dans les sections « Oesophage, Estomac, Intestin, Appendice, Rectum, Anus, Foie, Voies biliaires, Pancréas et Abdomen, péritoine et épiploon » du chapitre « Système digestif » pour une chirurgie abdominale chez le patient cirrhotique

05547	avec un score de Child-Pugh B, supplément	78,40	
05548	avec un score de Child-Pugh C, supplément	104,60	

LÈVRES

Excision

05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (PG-28)	277,05	6
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	36,95	4
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	292,10	5

	Réparation		
	Fissure labiale :		
05320	unilatérale	1 074,90	8
05321	bilatérale en un temps	1 335,50	8
05322	bilatérale en deux temps, chacun	357,30	8
05316	correction de la pointe du nez, supplément	344,95	
05317	correction de la crête alvéolaire, supplément	334,95	
	Chirurgie itérative pour fissure labiale		
05318	reprise complète de labioplastie post-fissure labiale congénitale	1 481,50	8
05319	correction mineure de labioplastie post-fissure labiale congénitale	346,35	8
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	632,05	8
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (cheiloplastie)	584,25	8

BOUCHE

	Incision		
05001	Drainage d'un abcès sublingual	118,75	5
05002	Drainage d'angine de Ludwig sous anesthésie générale	298,60	5
	Excision		
05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (PG-28)	57,30	5
05161	Excision de grenouillette	365,15	5
	Excision de lésion maligne :		
05034	2 cm ou moins	292,10	5
05035	plus de 2 cm	373,20	5
	Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes de l'addendum de chirurgie.		
05158	Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule	895,80	12
05159	désarticulation du condyle, supplément	55,40	

DENTS ET GENCIVES

Incision

05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage	40,90	6
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
05100	simple	34,65	5
05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	36,30	6

Excision

05168	Kyste dentaire	298,60	6
	Alvéolectomie :		
05208	premier centimètre	58,30	5
	chaque centimètre additionnel maximum	25,95 421,60	
	AVIS **:** *Inscrire la longueur de l'alvéolectomie.*		
	Extraction dentaire :		
05203	une dent	15,15	6
	chaque dent additionnelle au cours de la même séance opératoire	7,60	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de dents.*		

AVIS **:** *L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est assurée uniquement pour les personnes assurées agées de moins de 10 ans. Toutefois, ces services demeurent assurés sans égard à l'âge lorsqu'ils sont rendus à des prestataires d'une aide financière qui présentent un carnet de réclamation valide.*

Les services d'anesthésie-réanimation et de radiographie reliés à un service dentaire non assuré ne sont pas assurés, à l'exception des services d'anesthésie-réanimation reliés à un service dentaire rendu dans un centre hospitalier (voir l'article 22 r) et s) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	31,15	6

LANGUE

AVIS **:** *La réparation de lacérations de la langue est payable avec le code de facturation **01316**, **01317**, **01323** ou **01325**.*

Incision

05501	Libération du frein de la langue	31,65	4
05007	Abcès de la langue (traitement complet)	66,50	4

Excision

	Excision de lésion bénigne de la langue		
05066	2 cm ou moins	57,30	4
05068	plus de 2 cm	219,10	5
05065	Excision de kyste de la base de la langue chez un enfant de moins de 3 ans	430,65	7
05071	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	
	Excision de lésion maligne de la langue		
05069	2 cm ou moins	292,10	5
05070	plus de 2 cm ou glossectomie subtotale	438,20	6

05514	Technique micrographique par couche, supplément NOTE : Maximum 3 couches ***AVIS*** **:** *Inscrire le nombre de couches.*	105,55	

PALAIS ET LUETTE

	Incision		
05008	Abcès du palais	58,60	4
05009	Fénestration du palais pour radiothérapie	27,25	4
	Excision		
05120	Uvulectomie (excision de la luette)	58,60	5
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	438,20	6
	Réparation		
05329	Fissure palatine en un ou deux temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau du vomer	967,45	12
05330	Lambeau pharyngé pour cure d'incompétence vélopharyngée NOTE *:* Ne s'applique pas à la cure d'apnée nocturne ou de ronflement. Traitement complet d'apnée du sommeil, toutes techniques chirurgicales	332,50	6
	UPPP ou LAUP		
05131	première séance	343,55	7
05133	séance subséquente de traitement, incluant la visite, maximum de 3 par période de 12 mois	56,25	
05135	Suspension hyoïdienne - Technique de Riley NOTE *:* Avec syndrome d'apnée du sommeil documenté par oxymétrie nocturne (dans un laboratoire de sommeil reconnu) ou par étude polysomnographique démontrant un index d'apnée égal ou supérieur à 15 événements respiratoires par heure (apnée et/ou hypopnée). L'un ou l'autre des tests doit être interprété par un spécialiste en neurologie ou en pneumologie. ***AVIS*** **:** *Pour les codes de facturation* ***05131*** *et* ***05135****, conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport polysomnographique aux fins de références ultérieures.*	344,50	6
05335	Fistule palatine	363,10	8

05337	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une défectuosité du palais antérieur NOTE *:* La Règle 7 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique ne s'applique pas à ce service médical.	766,85	9

AMYGDALES ET ADENOÏDES

Drainage

05021	Abcès périamygdalien	57,30	5

Excision

05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	57,30	5
05228	Amygdalectomie ou adénoïdectomie, toute technique	219,10	6

Réparation

	Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhinopharyngé		
05491	sans anesthésie générale	58,60	
05492	sous anesthésie générale	292,10	7

PHARYNX

Incision

	Incision, drainage et soins d'abcès :		
05016	intra-oral	59,30	5
05017	parapharyngé par voie cervicale	365,15	6
05018	rétropharyngé ou parapharyngé par voie buccale	146,10	6
05003	myotomie du cricopharyngé	438,20	5

Excision

05015	Exérèse apophyse styloïde	298,60	6
05126	Exérèse de fistule branchiale	584,25	6
05212	Pharyngectomie partielle (PG-28)	597,20	9
05072	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément NOTE *:* Ne peut s'ajouter aux services médicaux 03115, 03220, 05158 et 05159	100,00	
05172	Exérèse de kyste branchial	438,20	6
05502	Exérèse primaire de kyste ou sinus thyréoglosse avec hyoïdectomie partielle	363,15	6

05503	Exérèse de kyste ou sinus thyréoglosse récidivant avec hyoïdectomie complémentaire, le cas échéant	584,25	7
05178	Exérèse de sinus branchial	288,15	6
05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants	584,25	7
	Réparation		
05347	Suture d'une plaie du pharynx	146,10	6

GLANDES SALIVAIRES

	Incision		
	Sialolithotomie :		
	par voie buccale :		
05085	1/3 antérieur du canal	57,30	5
05086	2/3 postérieur du canal	149,30	6
05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide : traitement complet	59,30	5
05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire	60,65	5
05515	Sialendoscopie diagnostique sous anesthésie générale	211,10	7
05516	avec dilatation pour sténose, supplément	105,55	
05517	avec extraction de calcul avec sonde à panier, supplément	158,35	
05518	avec extraction de calcul nécessitant une fragmentation avec laser et exérèse avec sonde à panier, supplément	211,10	
05519	avec plastie de l'orifice du canal, supplément	105,55	
05520	avec sialolithiomie du canal pour extraction de gros calcul ne pouvant sortir par orifice naturel, supplément	158,35	
	Excision		
05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (PG-28)	59,30	5
05213	Exérèse de glande sous-maxillaire (PG-28)	438,20	5
05171	Exérèse de tumeur de la parotide (sans dissection du nerf facial) (PG-28)	438,20	5
05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	1 022,45	10
	Réparation		
05340	Réfection du canal (plastie)	511,25	5

05351	Réimplantation du canal de Wharton, unilatérale	292,10	5
05341	Fermeture d'une fistule salivaire	430,65	5
	Relocalisation des glandes sous-maxillaires		
05031	unilatérale	303,50	5
05032	bilatérale	516,75	7
	Manipulation		
05801	Dilatation du canal	35,85	5

OESOPHAGE

Incision

Oesophagostomie ou oesophagotomie incluant l'exérèse de tumeur bénigne ou de corps étranger, le cas échéant

05019	cervicale	400,55	6
05020	thoracique	482,50	10
05033	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique avec ou sans myotomie, supplément	310,30	

Excision

05115	Dissection sous-muqueuse endoscopique et résection de tumeur(s) gastrique(s) et/ou oesophagienne(s) effectuée en salle d'opération	1 200,00	15
05116	Cure de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker) incluant la myotomie du crico-pharyngien	677,75	10
05130	Résection locale avec anastomose bout à bout	835,90	15
05287	Oesophagectomie totale ou subtotale ou oesophago-gastrectomie incluant la vagotomie et l'interposition gastrique, toute voie d'approche	2 314,75	21
	NOTE : Le code 05287 ne peut être facturé avec les codes 05114 et 05226.		
05290	chirurgien collaborateur	1 025,40	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
	NOTE *:* L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant		
05289	Pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	353,60	
05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	2 623,40	21

	équipe de deux chirurgiens		
05220	chirurgien principal	2 542,30	21
05221	deuxième chirurgien	1 208,90	
05236	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	378,10	
05237	Oesophagectomie avec fistule cutanée et gastrostomie, sans anastomose	1 752,20	18
05521	Exérèse de duplication oesophagienne, toute technique, toute voie d'approche (PG-23)	1 076,50	18
	Réparation		
05348	Oesophagoplastie cervicale	760,20	6
05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	1 414,55	18
	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant		
05285	pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	109,85	
05350	Oesophago-cardio-myotomie, toute voie d'approche	1 093,05	15
05344	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique, supplément	450,10	
05067	Réparation d'une hernie hiatale incluant le procédé antireflux et la dilatation, le cas échéant, toute voie d'approche (PG-23)	1 234,50	15
05331	avec allongement de l'oesophage (cardiogastroplastie), toute voie d'approche, supplément (PG-23)	257,15	
05549	Réparation d'une hernie paraoesophagienne (PG-23)	1 234,50	18
	Perforation ou rupture de l'oesophage :		
05356	voie cervicale	739,45	7
05357	voie thoracique ou abdominale ou les deux	1 311,70	15
05332	avec procédure antireflux, supplément	450,10	
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne :		
05359	voie cervicale	337,05	5
05360	voie thoracique	1 157,35	10
05522	Cure de fistule trachéo-oesophagienne congénitale par voie thoracique, incluant la bronchoscopie, le cas échéant	1 143,75	18
05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne, incluant la bronchoscopie, le cas échéant (PG-23)	1 935,05	18

05523	Cure de sténose congénitale de l'oesophage (PG-23)	1 303,75	12
05524	avec procédure antireflux, incluant la cure de hernie hiatale, supplément	369,45	
05504	Exploration thoracique pour astrésie de l'oesophage, sans anastomose, incluant la bronchoscopie, le cas échéant (PG-23)	1 059,30	15
05525	avec allongement oesophagien de type Foker, supplément	316,65	

ESTOMAC

Incision

05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt) (PG-23)	622,90	10
05023	Gastrostomie ou duodénostomie, temporaire ou permanente, par voie ouverte ou laparoscopique (PG-23)	681,50	6
05076	Vagotomie, toute voie d'approche (toute technique) « D »	670,60	8
05025	Gastrotomie avec exploration ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie ou mise en place de prothèse endoluminale	681,50	7

Excision

Gastrectomie :

05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	1 388,85	15
05226	totale incluant la vagotomie	1 697,55	18
05291	chirurgien collaborateur	1 018,55	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.		
05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	482,25	
05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	231,45	
05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	379,40	
05550	dissection radicale type D2 et/ou type D3 pour néoplasie gastrique, supplément NOTE *:* La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique propre et commune, du tronc coeliaque, de l'artère splénique ainsi que des ganglions autour du tronc veineux gastro-colique et péricardaux	494,35	

Réparation

05363	Pyloroplastie (PG-23)	739,45	7
05364	Pyloroplastie et vagotomie	847,40	7

	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie :		
05365	sans vagotomie	797,30	7
05366	avec vagotomie	847,40	7
	Chirurgie pour obésité morbide		
05305	Gastroplastie prothétique ajustable incluant, le cas échéant, la répération d'une hernie hiatale par fermeture de l'hiatus oesophagien avec plicature des piliers diaphragmatiques et la mise en place d'un réservoir sous-cutané ainsi que son calibrage ultérieur	847,40	12
05355	Gastroplastie de réduction, incluant, le cas échéant, la cure de hernie hiatale	1 307,25	15
05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant, le cas échéant, toutes anastomoses digestives et la cure de hernie hiatale	1 694,85	15
05528	chirurgien collaborateur	752,95	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
05307	avec cholécystectomie, supplément	374,30	
05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes anastomoses digestives	1 864,35	18
05529	chirurgien collaborateur	828,25	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
05309	avec cholécystectomie, supplément	374,30	
05527	Révision ou exérèse de la prothèse ajustable et/ou du cathéter et de son réservoir, sous anesthésie générale	627,45	12
05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	1 059,30	8
05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	578,70	6
05376	Gastrorraphie ou duodénorraphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiplooplastie	771,60	10

INTESTIN (à l'exception du rectum)

Incision

05108	Endoscopie de l'intestin par entérotomie ou colotomie lors d'une laparotomie, supplément	167,15	
05027	Iléostomie ou jéjunostomie (PG-23)	681,50	7
05238	Iléostomie ou jéjunostomie lors d'une autre chirurgie, supplément (PG-23)	340,85	

05029	Colostomie (PG-23)	681,50	7
05038	au cours d'une autre intervention, supplément	340,85	
05030	Caecostomie	681,50	7
05090	Entéro-entérostomie seule (grêle ou côlon) (PG-23)	797,30	10
05039	entéro-entérostomie (grêle ou côlon) au cours d'une autre intervention, supplément	398,65	
	Entérotomie ou colotomie incluant, le cas échéant, une ou plusieurs biopsies ou exérèse de corps étranger ou exérèse de tumeur		
05093	unique (PG-23)	707,35	8
05094	multiple (PG-23)	835,90	9
	Stricturoplastie pour maladie inflammatoire		
05097	unique	847,40	9
05098	additionnelle ou effectuée lors d'une autre chirurgie abdominale, chacune	254,25	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de stricturoplasties additionnelles.*		
	Excision		
05121	Diverticule de Meckel (PG-23)	745,85	7
05110	exérèse de diverticule de Meckel au cours d'une autre intervention, supplément	372,95	
	Résection intestinale, sans anastomose :		
05136	intestin grêle ou côlon avec entérostomie, incluant la fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 265,35	12
05165	recto-sigmoïde avec colostomie et fermeture du bout distal (Hartmann) ou fistule muqueuse (PG-23)	1 388,85	15
05166	totale du côlon avec iléostomie et fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 851,85	15
	Procto-colectomie totale et iléostomie :		
05233	un chirurgien	2 314,75	15
	deux chirurgiens :		
05234	chirurgien abdominal	2 203,30	15
05235	chirurgien périnéal	925,95	
	Résection intestinale avec anastomose :		
05140	grêle (PG-23)	1 265,35	12
05152	grêle non contiguau cours d'une autre intervention, supplément	632,70	
05141	iléo-caecale (PG-23)	1 265,35	12

05142	hémicolectomie droite (iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique) (PG-23)	1 265,35	12
05154	segment du côlon gauche ou transverse (PG-23)	1 265,35	12
05164	hémicolectomie gauche (PG-23)	1 265,35	12
05231	segment du côlon non contigu lors d'une autre résection colique, supplément	632,70	
05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie (PG-23)	2 006,10	15
	colectomie totale avec formation d'un réservoir iléal et anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation		
05279	un chirurgien	3 086,40	18
	deux chirurgiens		
05280	chirurgien abdominal	2 881,30	18
05281	chirurgien périnéal	925,95	
05505	avec mucosectomie rectale, supplément	308,70	
	Réparation		
	Conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation		
05282	un chirurgien	2 118,60	18
	deux chirurgiens		
05530	chirurgien abdominal	1 161,05	15
05531	chirurgien périnéal	836,65	
05026	avec résection rectale dans un même temps, supplément	600,25	
05532	Allongement intestinal (type Bianchi ou STEP) pour intestin court (PG-23)	1 441,05	12
05533	si entéroplastie sur plus de 20 cm, supplément	261,45	
	Révision d'entérostomie (grêle ou côlon)		
05382	sus-fasciale	360,00	7
05383	sous-fasciale	540,15	7
05397	Transposition d'entérostomie (grêle ou côlon) dans un autre site avec ou sans laparotomie	835,90	7
05377	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale, supplément	270,00	
05378	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale et plaque synthétique, supplément	483,05	
05389	Suture intestinale (lacération de part en part) (PG-23) « D »	486,10	8
05387	Suture intestinale au cours d'une autre intervention, par lacération, supplément (PG-23)	123,45	

05390	Fermeture d'entérostomie avec ou sans résection contiguë (grêle ou côlon) (PG-23)	797,30	10
05388	au cours d'une autre intervention, supplément (PG-23)	437,80	
05393	Suture du mésentère post-traumatique sans autre intervention abdominale	681,50	7
05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale (PG-23)	847,40	15
05534	Cure d'atrésie duodénale (PG-23)	1 399,40	12
05535	si plastie duodénale proximale, supplément	156,90	
	Manipulation		
05805	Réduction de prolapsus (PG-28)	69,40	4
05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	66,90	4
05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie, lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie	46,30	
	Occlusion intestinale :		
05384	sans résection (PG-23)	925,95	10
05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale (PG-23)	925,95	10
05386	avec anastomose incluant la résection ou l'entéro-entérostomie (PG-23)	1 265,35	12
05361	Cure d'iléus méconial incluant l'iléostomie (toute technique) (PG-23)	1 186,45	18
05369	Lavage colique per-opératoire par incision entérique unique ou multiple, incluant appendicectomie le cas échéant, supplément	113,00	

APPENDICE

	Incision		
05036	Drainage d'abcès appendiculaire (PG-23) NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 05201.	564,95	6
	Excision		
05201	Appendicectomie toute voie d'approche (PG-23)	555,55	6
05209	exérèse de diverticule de Meckel, supplément (PG-23) NOTE : Les codes 05201 et 05209 ne peuvent être facturés lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie pour une autre pathologie, faite par la même incision, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.	409,65	

RECTUM

Incision

05044	Ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischiorectale, de l'espace pelvirectal supérieur ou de la loge rétrorectale (PG-28 pour chirurgien général seulement)	244,35	5
05045	Myotomie ou myectomie anorectale par voie périnéale NOTE : Le code 05045 ne peut être utilisé lors d'une correction de fissure anale.	452,00	6

Excision

05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne ou villeuse du rectum	295,75	6
	Exérèse par voie transanale d'une tumeur rectale bénigne ou maligne effectuée au bloc opératoire sous anesthésie générale ou régionale		
05179	tumeur de moins de 5 cm de diamètre	403,35	7
05180	tumeur de 5 cm à 10 cm de diamètre	806,70	10
05181	tumeur de plus de 10 cm de diamètre	1210,05	12
05175	par technique TEM (microchirurgie endoscopique transanale), supplément	126,65	
	NOTE : Les codes **05179**, **05180** et **05181** ne peuvent être utilisés pour une exérèse effectuée avec un endoscope court ou long. NOTE : Les codes **05179**, **05180** et **05181** ne peuvent être facturés avec les codes 00697, 00700, 00703, 00863 et 20042 lors de la même séance.		
05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	1 195,55	15
05250	Rectotomie postérieure Kraskee	726,70	7
	Proctectomie :		
05240	résection antérieure	1 388,85	15
05538	si exérèse totale du mésorectum pour cancer rectal, supplément	209,15	
05241	résection périnéale d'un rectum restant	1 200,50	10
	résection abdomino-périnéale avec colostomie :		
05242	un chirurgien	2 006,10	18
	équipe de deux chirurgiens :		
05243	chirurgien abdominal	1 774,60	18
05244	chirurgien périnéal	925,95	
05210	résection complète du rectum avec "pull-through", sans anastomose	1 600,00	15

	résection complète du rectum avec "pull-through" et anastomose colo-anale manuelle :		
05292	un chirurgien	2 231,60	18
	équipe de deux chirurgiens :		
05293	chirurgien abdominal	1 949,05	18
05294	chirurgien périnéal	1 129,90	
	Opération pour mégacôlon congénital toute technique (PG-23)		
05253	un chirurgien	2 231,60	18
	équipe de deux chirurgiens :		
05539	chirurgien abdominal	1 949,05	18
05540	chirurgien périnéal	1 129,90	
05812	Ablation de corps étranger sous anesthésie générale ou régionale, par voie anale	205,70	6
05304	Tératome sacro-coccygien (excision) (PG-23)	2 112,70	18
	Réparation		
05400	Anastomose du rectum avec segment proximal incluant la fermeture de la colostomie ou de l'iléostomie	1 003,05	12
05211	Anastomose colo-anale à la suite d'un "pull-through", incluant la résection du moignon restant	652,30	10
	Imperforation anale :		
05418	voie périnéale (PG-23)	875,65	18
05434	voie sacro-coccygienne (PG-23)	1 355,85	18
05541	chirurgien collaborateur	602,35	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
	Imperforation anale, voies abdominale et périnéale (PG-23)		
05437	un chirurgien	2 229,25	18
	équipe de deux chirurgiens :		
05542	chirurgien abdominal	1 614,70	18
05543	chirurgien périnéal	1 076,50	
	Prolapsus rectal :		
05404	excision de la muqueuse (PG-28)	324,85	6
05408	par rectopexie sans résection	906,60	6
05409	par résection antérieure du rectum, incluant la rectopexie, le cas échéant	1 388,85	15
05405	par voie périnéale pour réparation majeure (Altmeier ou Delorme)	797,30	7
	Suture du rectum (post-traumatique) :		
05410	approche extrapéritonéale	340,85	6

05411	approche intrapéritonéale	906,60	7
	Fermeture de fistule :		
05412	entéro-vaginale non associée à une résection intestinale	514,40	6
05413	entéro-vésicale « D »	906,60	6
	Manipulation		
05803	Examen anorectal sous anesthésie générale ou régionale (excluant la narcose) incluant, le cas échéant, dilatation, curetage, canulation, injection, biopsie ou cautérisation avec ou sans rectosigmoïdoscopie NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec une autre chirurgie anale.	192,90	5

ANUS

	Incision		
05050	Fistulotomie ou fistulectomie ou mise en place d'un séton, avec ou sans drainage d'abcès (PG-23) (PG-28)	270,00	6
05052	Sphinctérotomie ou fissurectomie (PG-28)	176,55	6
	Excision		
05144	Excision locale ou fulguration de lésions bénignes (simple ou multiple) incluant, le cas échéant, condylome, hémorroïde externe, hémorroïde thrombosée, marisque, papille et polype anal (PG-28 pour chirurgien général et pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	192,90	5
05186	Excision locale pour lésion maligne	353,60	6
	Hémorroïdectomie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, avec ou sans réparation de fissure :		
05248	interne et externe incluant, le cas échéant, les languettes péri-anales, la dilatation anale, la sphinctérotomie interne, la cryptectomie, l'excision ou l'incision d'hémorroïdes thrombosées, la papillectomie et l'exérèse de prolapsus muqueux et de granulome PG-28 pour chirurgien général seulement)	334,30	6
05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, sous anesthésie générale ou régionale	247,15	6
	Réparation		
05421	Anoplastie pour sténose (PG-23)	450,10	18

05551	Anoplastie pour fistule anale avec lambeau muqueux par glissement	339,90	7
05552	Procédure de LIFT (Ligature intersphinctérienne du trajet de fistule)	366,05	7
05422	Plastie du sphincter anal pour incontinence	567,20	5
05432	avec transplantation musculaire, supplément	171,10	
05426	Encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	138,45	5

FOIE

Incision

Hépatotomie :

05057	exploratrice	522,60	7
05059	drainage ou marsupialisation d'abcès ou de kyste	797,30	7

Excision

Hépatectomie :

05145	excision locale de lésion (PG-23)	681,50	12
05146	lobaire (réglée) (PG-23)	2 314,75	21
05295	chirurgien collaborateur	1 525,40	

AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.

05174	lobaire élargie (5 segments ou plus ou 4 segments incluant le segment I), supplément	462,90	
05147	partielle (résection de foie) (PG-23)	1 093,05	15
05148	Biopsie hépatique ou des voies biliaires incisionnelle ou à l'aiguille au cours d'une laparotomie ou laparoscopie, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	90,05	
05122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofréquence, toute voie d'approche excluant la voie percutanée (une ou plusieurs)	810,15	10
05137	Thermodestruction tumorale effectuée par un médecin spécialiste d'une autre discipline lors d'une laparotomie ou associée à une résection hépatique, supplément	444,90	

Réparation

05431	Réparation de lésion traumatique du foie (suture ou paquetage) excluant une lésion iatrogénique au cours de la même séance	906,60	10

Transplantation hépatique :

intervention chez le donneur :

05429	hépatectomie totale	1 260,30	12
	intervention chez le donneur vivant :		
05053	hépatectomie partielle, toute technique	2 966,00	15
05296	chirurgien collaborateur	1 779,60	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.		
	intervention chez le receveur :		
05450	transplantation orthotopique, hépatectomie totale et greffe (PG-23)	4 237,15	21
05297	chirurgien collaborateur	2 542,30	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.		
05453	réduction hépatique lors d'une transplantation	1 412,40	
	intervention chez le receveur à partir d'un donneur vivant :		
05506	transplantation orthotopique, hépatectomie totale ainsi que toutes les interventions vasculaires (PG-23)	5 649,55	21
05553	chirurgien collaborateur	3 389,70	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		

VOIES BILIAIRES

05544	Un supplément est payable si cholangiographie per-opératoire	26,15	
	Incision		
05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie toute voie d'approche	567,20	7
05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie	1 086,65	10
05419	Cholécysto-entérostomie	763,25	7
	Excision		
05259	Excision de l'ampoule de Vater	1 168,10	6
05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche	679,00	7
05251	Dissection radicale du hile hépatique pour néoplasie de la vésicule biliaire ou des voies biliaires proximales, c'est-à-dire au-dessus de la jonction cysto-cholédocienne, supplément	494,35	

	NOTE *:* La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique et du tronc coeliaque ainsi que des ganglions des gouttières pancréaticoduodénales antérieure et postérieure.		
05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires	538,85	7
	NOTE : Le code 05270 n'est payable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.		
	AVIS **:** *La liste des établissements désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.		
05264	Cholécystectomie avec cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires)	925,95	7
05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, avec sphinctérotomie ou sphinctéroplastie	1 412,40	8
05277	Cholédochoscopie, supplément	162,45	
	Réopération sur les voies biliaires :		
05272	cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires)	1 234,50	8
05273	cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie ou sphinctéroplastie)	1 273,20	8
05439	plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	1 596,00	10
05442	anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu (PG-23)	2 118,60	12
05485	Atrésie des voies biliaires extrahépatiques : cure par porto-entérostomie en Y avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique (PG-23)	2 245,80	18
05545	chirurgien collaborateur	997,70	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		
05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique et toutes les anastomoses (PG-23)	1 991,45	18
05546	chirurgien collaborateur	892,95	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.		

PANCRÉAS

Incision

05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	854,00	10
	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
05005	premier quart d'heure	90,05	8
	chaque quart d'heure additionnel	41,35	
	AVIS **:** *En rôle 1, indiquer la durée de l'intervention (débridement et irrigation).*		

Excision

	Pancréatectomie		
05155	subtotale, simple, excluant la tête	1 543,15	18
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple)	2 571,95	21
05298	chirurgien collaborateur	1 694,85	
	AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie.		
05218	cholécystectomie, supplément	339,55	
05219	vagotomie, supplément	149,65	
05157	excision locale de lésion	964,50	8
05188	tumeur des îlots de Langerhans	1 233,05	15
05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs	2 471,65	18
05268	pancréatographie per-opératoire, supplément	64,30	
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	115,75	

Réparation

05445	Pancréatico-gastrostomie	1 193,50	10
05446	Pancréatico-duodénostomie	1 063,95	10
05447	Pancréatico-jéjunostomie	1 193,50	10
05448	Marsupialisation, pseudokyste du pancréas, drainage externe	748,60	9
	Intervention chez le donneur		
05424	prélèvement pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	810,15	10
05425	prélèvement pancréatique pour greffe d'îlots	257,15	10
	Intervention chez le receveur		
05416	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	3 214,95	21

05299	chirurgien collaborateur	1 317,70	

AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON

Incision

05010	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	232,75	6
05058	avec neurectomie ilio-inguinale pour douleur chronique postherniorraphie, supplément	120,00	
05011	Laparoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément NOTE : Le code 05011 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.	131,80	
05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	617,25	7
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale intra-abdominale à la même séance opératoire	668,75	7
	Chirurgie ex utéro intrapartum		
05061	temps chirurgical	1 876,90	18
05507	temps obstétrical	1 270,80	18
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale	219,60	5
05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie transabdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale	192,90	4
	Sutures infectées		
05195	sous anesthésie locale	141,40	
05196	sous anesthésie générale ou régionale	231,45	6
05080	Drainage d'abcès sous-phrénique ou intra-abdominal ou rétropéritonéal, unique ou multiple (PG-23) NOTE : Le code 05080 ne peut être facturé avec les codes 05036 et 05201 à la même séance.	643,00	8

05073	Drainage d'abcès du Douglas, par voie transrectale ou vaginale	225,05	6
05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale	225,05	5
05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	528,85	10
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire	235,05	6
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	324,05	6

Excision

05190	Tumeur desmoïde située ailleurs qu'au rétropéritoine	900,15	11
05194	Kyste du mésentère, toute voie d'approche	681,50	5
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra- abdominale	168,70	
05266	Omphalectomie ou omphaloplastie « D »	192,90	4
05267	Omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers)	475,85	6

Règle d'application :
L'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.

Réparation

Herniorraphie inguinale ou fémorale :

05455	simple, unilatérale, avec ou sans cure d'hydrocèle ou d'hématocèle, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28)	385,75	6

AVIS **:** *Voir la note sous le code de facturation* ***05011***.

NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors à la même séance.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

05457	bilatérale, toute voie d'approche, en un temps (PG-23)	578,70	7

AVIS **:** *Voir la note sous le code de facturation* ***05011***.

05054	Cure de hernie récidivante (inguinale, fémorale ou crurale) (PG-28)	540,15	6

05468	Herniorraphie inguinale unilatérale avec orchidectomie, toute voie d'approche (PG-28) ***AVIS*** **:** *Voir la note sous le code de facturation* ***05011***.	417,95	6
05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure (PG-28)	424,35	6
05462	Herniorraphie ombilicale, toute voie d'approche (PG-28) ***AVIS*** **:** *Voir la note sous le code de facturation* ***05011***. NOTE : Le code 05462 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.	339,55	6
05471	Cure de hernie épigastrique, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28) ***AVIS*** **:** *Voir la note sous le code de facturation* ***05011***. NOTE : Le code 05471 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.	339,55	6
05488	Cure de hernie de Spiegel, toute voie d'approche ***AVIS*** **:** *Voir la note sous le code de facturation* ***05011***.	450,10	6
05469	Cure de hernie incisionnelle ou parastomale	643,00	6
05554	si technique de séparation des composantes, supplément NOTE *:* Ce service médical ne peut être facturé lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie pour une autre pathologie, faite par la même incision, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline. NOTE *:* Ce service médical ne peut être facturé pour les hernies inguinales, fémorales ou crurales récidivantes.	209,15	
05475	Réparation d'éventration postopératoire (PG-23)	567,20	6
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément	180,10	

	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des codes 05054, 05469, 05475 ou 05549.		
05466	Exérèse complète d'une plaque synthétique	321,45	6
	Cure de hernie non réductible, sans égard au contenu :		
05459	sans résection intestinale (PG-23)	540,15	6
05460	avec résection intestinale (PG-23)	1 265,35	10
05452	Cure d'omphalocèle ou gastroschisis (PG-23)	1 283,10	18
05473	Réparation avec sac en silo (omphalocèle ou gastroschisis)	938,50	18
	Cure de hernie diaphragmatique congénitale :		
05478	voie abdominale ou thoracique à l'exception de la hernie hiatale (PG-23)	1 282,95	18
05467	Réparation chirurgicale d'une hernie traumatique diaphragmatique non liée à une voie d'accès ou congénitale		
	incluant, le cas échéant, l'utilisation de matériel synthétique (PG-23)	1 453,10	18
	Divers		
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	711,85	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome) (PG-23)	1 851,85	15
05489	Splanchnicectomie coeliaque transhiatale uni ou bilatérale, toute voie d'approche	666,30	10
	Chirugie pour carcinose péritonéale		
	Cytoréduction chirurgicale pour néoplasie des surfaces péritonéales unique ou multiple, incluant, le cas échéant, l'épiploectomie.		
	Cytoréduction, sans autre intervention intra-abdominale :		
05496	pour une période d'une heure ou moins	710,00	15
05498	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 4), supplément	100,00	
05499	au-delà d'une durée de deux heures, par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 8), supplément	52,75	
	Lors d'une autre intervention intra-abdominale :		
05497	par période de 15 minutes et pour la durée totale de la cytoréduction, supplément	52,75	

NOTE : Le code 05497 est facturable avec les codes 04235, 05114, 05136, 05140, 05141, 05142, 05145, 05146, 05147, 05152, 05154, 05164, 05165, 05166, 05174, 05201, 05205, 05210, 05226, 05231, 05232, 05233, 05234, 05235, 05240, 05242, 05243, 05244, 05269, 05292, 05293, 05294, 05295, 05387, 05388, 05390, 05400, 05538, 06148, 06261, 06262, 06265, et 06303.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***05496****,* ***05497****,* ***05498*** *et* ***05499****,* ***i****nscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*

Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale

05062	Seule	1 157,35	18
05078	lors d'une intervention, dans le cadre d'une cytoréduction chirurgicale pour néoplasie d'une surfaces péritonéales unique ou multiple, incluant, le cas échéant, l'épiploectomie, supplément	578,70	

M — Appareil urinaire

		R = 1	R = 2
	AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**		
06087	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale : - patient de moins 2 ans; - patient de 75 ans ou plus; - IMC >= 35; - paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadraplégie. NOTE : Le code 06087 ne peut être facturé avec le code 06000. ***AVIS*** **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 35*.	116,10	
06088	Un supplément est payable si effectué par laparoscopie	126,65	
06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	380,00	6

REIN

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique Rein peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) par un ou plusieurs chirurgiens de la même spécialité, à la même séance.

AVIS **:** *Pour chaque intervention de la section* Rein*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit**, **Intervention côté gauche** *ou* **Intervention bilatérale**.

Incision ou extraction

06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	277,60	5
06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	211,10	4
06012	Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie, avec ou sans exérèse de calculs	699,30	10

06008	Extraction de calcul caliciel incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	555,20	8
06089	si faite par voie percutanée, supplément	158,35	
06011	Néphrostomie par voie ouverte	517,20	5
06005	Extraction de calcul coralliforme incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	776,85	10
06090	si faite par voie cutanée, supplément	158,35	
06006	Extraction de calcul pyélique incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	555,20	6
06091	si faite par voie percutanée, supplément	158,35	
06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale, par trajet de néphrostomie existant, voir le code 00373.	347,25	5
06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	364,70	6
	Excision		
06100	Biopsie du rein par voie ouverte NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.	364,70	5
	Néphrectomie :		
06101	partielle	1 055,50	12
06200	totale incluant l'urétérectomie subtotale ou radicale avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux incluant, le cas échéant, l'exploration et la surrénalectomie ipsilatérale	887,70	12
06084	radicale avec ou sans surrénalectomie effectuée(s) dans le cadre d'une volumineuse tumeur avec thrombus s'étendant dans la veine cave inférieure jusqu'au niveau de l'oreillette droite et nécessitant le recours à une circulation extracorporelle NOTE : Les codes 06084 et 06200 ne peuvent être facturés avec les codes 04241 et 04248.	1 899,90	21
06199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux	1 055,50	15

06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinet par résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies du bassinet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée faites dans la même séance (par un urologue) et les tubes de drainage	555,20	6
06204	Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	347,25	5
	Transplantation rénale :		
	excluant la thérapie immuno-suppressive		
06221	1 chirurgien	1 286,20	18
	équipe de 2 chirurgiens :		
06222	temps vasculaire	457,75	18
06223	temps urologique	207,95	
	Double greffe rénale		
06092	Transplantation de deux reins durant la même séance opératoire	1 889,35	18
	Néphrectomie :		
06213	chez le donneur vivant	684,10	10
	chez le donneur à coeur arrêté		
06080	avec prélèvement	565,95	10
06081	néphrectomie non complétée	263,90	10
06214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	448,60	10
	AVIS **:** *Les codes de facturation **06080**, **06081**, **06213** et **06214** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*		
	Réparation		
06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	531,95	8
06322	Néphropexie	253,30	6
06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	64,30	
06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	555,20	8
	Suture		
06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	788,30	7

RÉTROPÉRITOINE

06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	744,75	10
06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	465,50	6
	AVIS **:** *Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.*		

URETÈRE

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Uretère*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

Incision ou extraction

06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle NOTE : Ne peut être être facturé avec un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation urétro-vésicale ou urétéro-rénale.	211,10	5
06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	436,65	5
06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction d'un calcul de l'uretère pelvien incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	485,55	6
06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée) incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance (par un urologue) et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec les codes 06005, 06006, 06008 et 06029 à la même séance.	766,30	6
06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations urétro-vésicales et urétéro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 06111 à la même séance.	458,10	7

Excision

06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	347,25	5
06111	Traitement de tumeurs malignes pyélocalicielles ou de l'uretère ou les deux, par urétéroscopie rétrograde avec résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies des cavités et de l'uretère, la dilatation urétérale, les tubes de drainage, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales ou urétéro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 06024 à la même séance.	458,10	6

Réparation

06330	Urétérolyse unilatérale	380,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique « Uretère », par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance. Pour un chirurgien général ou un chirurgien vasculaire, ce service médical n'est pas payable en association avec une autre chirurgie abdominale ou rétropéritonéale.		
06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de 6 cm ou plus	555,20	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique « Uretère » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.		
06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie, avec ou sans néphrostomie	666,00	7
06334	Trans-urétéro-urétérostomie	666,00	7
06337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	415,85	7
06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage de plus de 6 cm)	555,20	7
06341	avec remodelage urétéral unilatéral de plus de 6 cm, supplément	138,25	
06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale	555,20	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales, les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou la cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire		
06305	par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres)	998,50	8
06315	par segment intestinal détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres)	1 155,75	16
06324	Urétéro-sigmoïdostomie unilatérale	776,85	8
06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	347,25	8
06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	118,20	6
06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	253,30	6
06318	Urétéro ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal) incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales	1 109,35	8
06323	Interposition d'un segment digestif entre la peau et la vessie, ou un réservoir urinaire incluant les résections et les anastomoses digestives et le cas échéant, les mécanismes antireflux; mais excluant l'entérocystoplastie d'augmentation par segments digestifs supplémentaires (ex. : Procédure de Mitrafanoff)	915,10	12
06339	Dérivation urétérale permanente prothétique incluant la création du trajet sous-cutané, le temps rénal et l'implantation vésicale unilatérale	555,20	8

Suture

06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère) par voie ouverte NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical sur l'uretère ipsilatéral à la même séance et par la même voie d'approche.	485,55	6
06350	Opération de Boari	666,00	8

VESSIE

Incision

06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.	277,60	5
06013	Auto-agrandissement vésical par incisions multiples du détrusor NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.	381,05	6
	Cystostomie :		
06020	isolée NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.	277,60	6
06023	avec un ou plusieurs des services médicaux suivants : **électrocoagulation** **excision de tumeur vésicale** **extraction de calculs** NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.	347,25	6
06025	avec implantation de stimulateur électrique	485,55	5
06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être facturé avec une chirurgie vésicale ou urétérale)	190,00	5
06018	Dénervation de la vessie par transsection	369,45	7
06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés, par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intra-vésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	998,50	12
06022	Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical	277,60	5

Injections thérapeutiques

06001	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » ou sous la section « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.	232,20	4
	Excision		
06159	Vésicostomie cutanée	347,25	4
	Cystectomie :		
06113	partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse	485,55	6
06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse	666,00	8
06205	totale ou cystoprostatectomie excluant évidement ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétrectomie chez la femme)	776,85	12
06002	cystoprostatectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétrectomie totale	2 216,55	18
06038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétrectomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale	2 216,55	18
06041	pour segment détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres), supplément	158,35	
06042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Camey et autres), supplément	253,30	
06052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Studer et autres), supplément NOTE : Les suppléments codés 06041, 06042, 06052 ne s'appliquent qu'aux codes 06002 et 06038.	388,40	
06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	336,45	5
	Traitement chirurgical endoscopique		
	(toute technique) :		
06168	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale à l'exception des codes 06060, 06061 ou 06247 si effectués à la même séance.	240,65	5
	Destruction		

06301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	263,90	5
	Réparation		
06352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	555,20	5
06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales mais excluant la cystectomie partielle	666,00	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales mais excluant la cystectomie totale et l'évidement ganglionnaire		
06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 248,65	12
06336	par segment intestinal détubularisé (ex. : Studer et autres)	1 386,95	16
06277	Valve de continence, supplément par valve	218,35	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
06343	univalvulaire	666,00	15
06344	plurivalvulaire	709,30	15
06383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	776,85	18
	Suture		
06357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie	415,85	6
06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	364,60	5
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
06402	par voie sus-pubienne	555,20	6
06403	par voie vaginale	485,55	5
06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	415,85	5

URÈTRE

	Incision		
06030	Urétrostomie externe antérieure	138,25	5
06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	211,10	6
06032	Méatotomie comportant la section du méat, l'hémostase et l'approximation des muqueuses	63,55	4
	NOTE *:* Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
	Ouverture et drainage :		
06033	d'un abcès péri-urétral profond	207,95	6
06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	277,60	6
	Excision		

06190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	118,20	5
06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme)	277,60	6
06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie NOTE : Ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation urétro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.	211,10	5
06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	211,10	6
06215	Urétrectomie totale	295,55	6
06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale NOTE : Ne peut être facturé avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.	118,20	6
	Réparation		
06362	Urétropexie, avec ou sans dérivation urinaire, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales per-opératoires (pour spécialistes en urologie seulement)	347,25	6
06021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	105,55	
06093	Urétropexie ou bandelette de suspension chez l'homme, toute technique, avec ou sans dérivation urinaire incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétrovésicales per-opératoires	464,40	7
	Urétrolyse post-urétropexie		
06037	par voie sus-pubienne	462,30	7
06014	par voie vaginale	207,95	7
06136	par voie périnéale NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section « Urètre » sous la rubrique « Réparation ».	218,55	7
	Urétroplastie par voie ouverte, avec ou sans dérivation urinaire :		
06446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	785,55	7
06447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	785,55	7
06448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	647,25	7
06449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	785,55	7
06450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	1 076,85	7
	Correction d'incontinence urinaire		
06373	par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales	232,20	5
06417	par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	666,00	10
06374	Tubularisation urétro-vésicale (Youg-Dees, Tanagho, etc.)	776,85	8

06454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse	580,55	5
06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon	580,55	5
06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	580,55	5
	NOTE : Un seul des codes 06347, 06384 et 06454 peut être facturé par un ou plusieurs urologues à la même séance.		
	Suture		
	Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire :		
06366	pour rupture antérieure	207,95	5
06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	555,20	8
06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	666,00	8
06369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau	277,60	6
06302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	347,25	6
06370	Fermeture de fistule urétro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	555,20	6
06371	Fermeture de fistule urétro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	527,05	6
06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	347,25	6
	Reconstruction du sinus urogénital avec ou sans dérivation urinaire		
06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau	63,35	6
06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur	158,35	6
06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur	290,25	7
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	709,30	10
06306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres	1 040,70	12
	avec abaissement vaginal :		
06307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	633,30	
06308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément	347,25	
	NOTE : Un seul de ces deux suppléments peut être facturé au cours d'une même chirurgie.		
	Chirurgie de retrait d'une bandelette sous-urétrale pour médecin spécialiste en urologie ou en obstétrique-gynécologie dans les centres (secondaires et de références) reconnus et désignés par les parties négociantes		
AVIS **:**	*Les listes des centres de référence et des centres secondaires désignés sont disponibles à la page* Listes de désignations et listes de garde.		

NOTE : Les chirurgies de retrait d'une bandelette sous-urétrale incluent, le cas échéant, l'exérèse de mèche, l'urétropexie ainsi que la reconstruction par greffe ou lambeau de prolapsus génital.

06435	Chirurgie de retrait partiel d'une bandelette sous-urétrale par voie vaginale avec résection partielle de mèche intravaginale, le cas échéant	470,00	12
06436	Chirurgie de retrait partiel d'une bandelette sous-urétrale par voie vaginale avec résection totale de mèche intravaginale	470,00	12
06437	Chirurgie de retrait partiel d'une bandelette sous-urétrale rétropubienne	470,00	12
06438	Chirurgie de retrait partiel d'une bandelette sous-urétrale transobturatrice	470,00	12
06439	Chirurgie de retrait radical d'une bandelette sous-urétrale, toutes techniques	470,00	18

NOTE : Les codes **06438** et **06439** sont facturables uniquement dans un centre de référence reconnu et désigné par les parties négociantes

06440 Supplément payable pour les chirurgies de retrait d'une bandelette sous-urétrale codées 06436 à 06439 de plus d'une heure par 15 minutes complétées de temps excédentaire 117,50

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du temps excédant la 1re heure de la chirurgie.*
L'heure de début du supplément ne doit pas être la même que l'heure à laquelle la chirurgie a débuté.

*Lorsque vous facturez le supplément, l'heure de début et l'heure de fin de la chirurgie (**06436** à **06439**) doivent également être indiquées pour la facturation de celle-ci.*

Chirurgien collaborateur

06441 Assistance opératoire pour les services codés **06436** à **06439** 313,35

AVIS **:** *Voir la règle 10.1 de l'*Addendum 4 – Chirurgie.

06442 Supplément payable pour l'assistance opératoire de plus d'une heure par le chirurgien collaborateur par 15 minutes complétées de temps excédentaire 78,35

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du temps excédant la 1re heure de la chirurgie.*
L'heure de début du supplément ne doit pas être la même que l'heure à laquelle la chirurgie a débuté.

*Lorsque vous facturez le supplément, l'heure de début et l'heure de fin de la chirurgie (**06441**) doivent également être indiquées pour la facturation de celle-ci.*

N — Appareil génital mâle

		R = 1	R = 2
	AVIS **:** *Pour un service rendu à une personne trans qui a procédé à son changement de sexe civil, utiliser l'élément de contexte* **Transidentité**.		
	AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**		
06094	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale : - patient de moins 2 ans; - patient de 75 ans ou plus; - IMC >= 35; - paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadriplégie.	116,10	
	AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 35.*		

PÉNIS

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « Pénis » peut être facturé à la fois par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

Incision

06077	Traitement chirurgical du priapisme toute technique, excluant les traitements par aspirations avec ou sans injection de substances pharmacologiques	366,00	6
06078	Implantation ou remplacement de prothèse non gonflable ou gonflable unipièce	366,00	6
06079	Implantation ou remplacement complet de prothèse gonflable à 2 ou 3 composantes	686,10	6

Excision

06127	Circoncision pour pathologie du prépuce	231,15	5
	NOTE *:* Ne peut s'appliquer pour la technique à la cloche.		
	AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic approprié.*		
	Amputation :		
06119	partielle du pénis dans un cas de cancer du pénis ou de l'urètre, incluant segment d'urètre	343,05	5
06218	complète du pénis incluant urétrostomie périnéale	555,20	6
06131	Excision ou fulguration ou les deux de lésions locales du pénis et/ou allongement du frein du prépuce	32,95	4
	NOTE *:* Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
06116	Exérèse ou révision de prothèse pénienne non gonflable ou gonflable unipièce	219,10	5
06117	Exérèse ou révision de prothèse pénienne gonflable à 2 ou 3 composantes	334,80	5

Réparation

	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire :		
06354	correction en un temps (toute technique)	211,10	5
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire :		
06224	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	633,30	6
06226	correction de chordée	277,60	6
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	380,00	5
	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire :		
06234	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 055,50	12
06236	correction de chordée	347,25	6
06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	485,55	8
	Hypospadias périnéal avec ou sans dérivation urinaire :		
06291	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 583,25	18
06292	correction de chordée	381,05	6
06293	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique)	610,10	8
06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias), avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 055,50	6
06379	intervention additionnelle pour correction de fistule urétro-cutanée, une ou plusieurs	211,10	6
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias :		
06228	avec désinsertion des corps caverneux	709,30	8
06229	sans désinsertion des corps caverneux	347,25	5
	Reconstruction pour transposition pénoscrotale, avec ou sans dérivation urinaire		
06238	sans urétroplastie	399,00	6
	Plastie des corps caverneux ou spongieux ou les deux :		
06380	après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	437,05	6
06095	si utilisation d'une greffe, supplément	422,20	

NOTE : Le code 06095 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 3 heures ou plus

06432	pour épispadias 1er temps avec plastie de la vessie pour extrophie vésicale, incluant les lambeaux cutanés	743,05	8
06433	pour épispadias, avec correction complète et plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	835,95	12
06382	pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en 2 temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	316,65	6
06396	Cure d'épispadias par la technique de Cantwell-Ransley	1 248,65	18
06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	949,95	18
	Revascularisation des corps caverneux par microchirurgie :		
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale(s), entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	369,45	8
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	520,35	10

TESTICULES

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique **« Testicules »** peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Testicules*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit, Intervention côté gauche** *ou* **Intervention bilatérale**.

Excision

06122	Orchiectomie par voie scrotale, uni ou bilatérale	211,10	6
06125	Orchiectomie par voie inguinale	277,60	6
	NOTE : Si cure de hernie associée, voir le code 05468, Système digestif		

Réparation

NOTE : Aucun des services médicaux de cette sous-section ne peut être facturé avec le code 05455 lorsque effectué du même côté à la même séance.

06257	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) ou de l'hydatide et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant ou les deux	317,70	5
06285	Orchidopexie	475,00	5
06245	Ligature de vaisseaux spermatiques pour orchidopexie, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	254,40	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	347,25	6
06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	277,60	6
06388	Rupture du testicule (réparation)	211,10	6

SCROTUM

06389	Traitement d'hydrocèle ou de spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration, le cas échéant NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux à la même séance. ***AVIS*** **:** *Pour chaque intervention, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit, Intervention côté gauche** *ou* **Intervention bilatérale**.	28,90	

Incision

06394	Ouverture et drainage d'abcès intrascrotal	211,10	5
06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épididymaire, unilatérale NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux à la même séance. ***AVIS*** **:** *Pour chaque intervention, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.	316,65	5

Excision

06106	Résection partielle du scrotum	211,10	6
06107	Résection totale ou complète du scrotum	277,60	6

CANAL DÉFÉRENT

Excision

	Vasectomie unilatérale ou bilatérale		
06232	réalisée en établissement	69,35	4
06155	réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet	218,00	

Réparation

06392	Épididymo-vasostomie unilatérale	105,55	5
06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	300,00	6
06395	Vasovasostomie unilatérale	105,55	4
06444	Vasovasostomie unilatérale par microchirurgie	300,00	6

CORDON

Excision

06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, toute voie d'approche, excluant l'approche scrotale, non associée à une autre chirurgie inguinale ou scrotale	277,60	5

VÉSICULE SÉMINALE

Excision

06235	Vésiculectomie	638,35	5

PROSTATE

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique **« Prostate »** peut être facturé à la fois par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance.

Incision

06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (RTU)	277,60	5
06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	211,10	4

Excision

	Prostatectomie : (incluant la vasectomie, le cas échéant)		
06240	sus-pubienne (1 ou 2 temps)	458,10	5
06241	rétropubienne simple	458,10	5
06242	périnéale simple	348,30	7
06243	rétropubienne radicale incluant la vésiculectomie séminale et, le cas échéant, les biopsies étagées ou la lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	1 055,50	12
06212	si faite par laparoscopie ou robotique, supplément	211,10	
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le code 04244 à la même séance.		
06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale mais excluant l'évidement ganglionnaire	776,85	7
06247	transurétrale par électrocautérisation monopolaire ou bipolaire, laser ou électrovaporisation incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétrovésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne, mais excluant les traitements par diathermie ou thermothérapie	458,10	7
	NOTE : Le code 06247 peut être facturé avec le code 06168 à la même séance.		
06096	si morcellement de la prostate après une RTUP faite par laser, supplément	211,10	
	NOTE : Le code 06096 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 2 1/2 heures ou plus.		
06250	transurétrale par thermothérapie aqueuse ou aqua-ablation incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne, mais excluant les traitements par diathermie .	458,10	7
06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	211,10	5
	NOTE *:* Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site, à la même séance.		
	Résection ou laser de tissu prostatique résiduel ou récidivant incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations urétro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne		
06060	réintervention après 1 an ou plus	458,10	7
06061	réintervention en moins d'un an	316,65	7

NOTE : Les codes 06060 et 06061 peuvent être facturés avec le code 06168 à la même séance.

Brachythérapie

06053	Collaboration lors de la mise en place d'implants permanents ou temporaires pour brachythérapie dans le cas de traitement du cancer de la prostate incluant l'échographie transrectale, la cystoscopie et les tubes de drainage (pour urologue seulement)	527,75	7

P — Gynécologie

ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 1.

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS **:** *Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet* Règles d'application et plafonnements.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 193,35 $ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS **:** *La nomenclature est publiée à l'annexe I du tarif sous l'onglet* Q - Obstétrique.
Pour la facturation du supplément, voir le code de facturation **06945** *ou* **06946** *sous l'onglet Q -* Obstétrique.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06919*** *sous l'onglet* Q - Obstétrique.

RÈGLE 4.

Abrogé.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6. : ***Abrogée en date du 1er octobre 2021 par la*** **Modification 98**

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente.

RÈGLE 7.

7.1 Un supplément de consultation pour une patiente suspectée être atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin détenant un certificat de spécialiste en oncologie gynécologique reconnu par le Collège des médecins du Québec (CMQ).

Ce supplément de consultation remplace les autres suppléments de consultation qui pourraient autrement être applicables. Il est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15140** et **15143** à la section* Obstétrique-gynécologie *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

7.2 La visite de suivi oncologique en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie est la visite que le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie effectue auprès d'une patiente hospitalisée avec un diagnostic de cancer et traitée par chimiothérapie, 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 de la patiente à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par patiente pour l'ensemble des médecins spécialistes classés en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **00027** à la section* Obstétrique-gynécologie *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

RÈGLE 8.

8.1 Le médecin classé en obstétrique-gynécologie a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer.

Sont inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer la visite principale et le cas échéant, le supplément de consultation.

8.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer s'applique. Après la première visite de suivi, les visites subséquentes ne sont payables qu'à tous les 6 mois.

AVIS **:** V*oir le code de facturation **15091** à la section* Obstétrique-gynécologie *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite, lors du premier examen d'une patiente en vue d'un suivi de grossesse. Celui qui reçoit le supplément de consultation n'y a pas droit.

La tarification du supplément d'honoraires est prévue aux tableaux d'honoraires. Un seul supplément peut être facturé par patiente, par grossesse. De plus, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite, le même jour.

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations*.

> *Le supplément pour la prise en charge d'une patiente enceinte, y compris le counseling génétique pour le dépistage prénatal, et la 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 (code de facturation **09970**) doivent être facturés sur une facture distincte*.

Celui qui demande paiement de ce supplément d'honoraires complète le formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou le formulaire en usage dans l'établissement.

RÈGLE 10.
SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (Mesures transitoires)
La présente règle concerne les services rendus dans le cadre des mesures transitoires et finales prévues à la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée et vise ainsi uniquement les services rendus à compter du 11 novembre 2015 aux personnes assurées admissibles à ces mesures pendant la période transitoire.

10.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense à une personne assurée :

1° qui a commencé à recevoir des services de fécondation *in vitro* avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à la fin du cycle ovarien au cours duquel des services de fécondation in vitro ont lieu ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première possibilité;
2° qui participe avec la personne visée au paragraphe 1° à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ce paragraphe.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

10.2 L'honoraire de transfert d'embryon est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de transfert d'un ou plusieurs embryons frais ou congelés incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin et l'assistance à l'éclosion.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06969*** *sous l'onglet* Q - Obstétrique.

RÈGLE 11.
SERVICE DE PROCRÉATION ASSISTÉE - *Services médicaux assurés à compter de la date d'entrée en vigueur de la Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée*
11.1 Un projet de procréation assistée est formé par une personne seule ou par des conjoints qui consiste pour ceux-ci à obtenir des services de procréation assistée afin d'avoir un ou plusieurs enfants en recourant, au besoin, à une femme ou une personne qui n'est pas partie au projet pour donner naissance à cet ou ces enfants, ou au matériel reproductif d'une personne qui n'est pas partie au projet.
Un cycle de fécondation in vitro ne peut comprendre qu'une seule ponction ovarienne, débutant au moment de la première stimulation ovarienne ou au moment de la ponction ovarienne, selon le cas, et se terminant lorsqu'aucun embryon n'a pu être produit à la suite de la ponction ovarienne ou lorsque tous les embryons produits à la suite de cette ponction ovarienne ont été transférés.
Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense selon les conditions suivantes :

a) la personne seule ou les conjoints partie au projet de procréation assistée doivent être âgés de 18 ans ou plus au moment de la dispensation du premier service dans le cadre du projet de procréation assistée;
b) la femme ou la personne doit être âgée de moins de 41 ans :
i. dans le cadre de l'insémination artificielle, au moment de :
- la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié,
- au premier jour du cycle menstruel lors d'un cycle ovulatoire naturel,
- ainsi qu'au moment de toute insémination;

ii. dans le cadre de la de fécondation in vitro, au moment de :
- la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié,

- ou au moment de la ponction ovarienne lors d'un cycle ovulatoire naturel;

c) la femme ou la personne doit être âgée de moins de 42 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé;
d) la personne qui contribue au projet en fournissant gratuitement son matériel reproductif doit être âgé de 18 ans ou plus au moment de la dispensation du premier service en lien avec sa contribution;
e) Dans le cas de la femme ou de la personne qui contribue au projet de procdréation assistée sans en être partie en acceptant de donner naissance à l'enfant, les services sont considérés assurés uniquement si elle a au moins 21 ans et respecte les conditions reliées à l'âge maximal prévues aux paragraphes b et c du premier alinéa.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature.

11.2 L'honoraire de **stimulation ovarienne dans la cadre d'un cycle de fécondation *in vitro*** est un honoraire global qui comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux, les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.
Les honoraires de stimulation ovarienne se définissent selon les 3 catégories suivantes :

- - Cycle naturel : un cycle lors duquel l'ovulation survient spontanément, sans qu'il n'y ait de stimulation ovarienne;
- - Cycle naturel modifié : un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne visant l'obtention d'un ou de plusieurs ovules;
- - Cycle stimulé : Un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne pour augmenter le nombre d'ovules produits.

Un seul honoraire global **de stimulation ovarienne dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro** peut être facturé par projet de procréation assistée, à vie. Cependant, un deuxième honoraire global de stimulation ovarienne peut être facturé si aucun ovule n'est obtenu à l'issue de cette première stimulation. Ainsi, si un nombre insuffisant de follicules dominants potentiellement matures est obtenu à l'issue de cette première stimulation, un deuxième honoraire global de stimulation ovarienne dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro peut alors être facturé dans le cadre d'un même projet de procréation assistée, en autant que le prélèvement d'ovules n'a pas été effectué.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **06480**, **06481**, **06482** et **06483** sous l'onglet* Q – Obstétrique.

11.3 L'honoraire de **prélèvement d'ovule** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés aux fins d'un seul prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.
Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être facturé par projet de procréation assistée, à vie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **06484** sous l'onglet* Q – Obstétrique.

11.4 L'honoraire de **transfert d'embryon** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de transfert d'un ou deux embryons frais ou congelés incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin. Un cycle de fécondation in vitro se termine lorsque tous les embryons du cycle couvert ont été transférés, même s'il y a une ou plusieurs naissances vivantes entre les transferts.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **06485** et **06486** sous l'onglet* Q – Obstétrique.

AVIS **:** *Pour le transfert d'embryons conçus lors de l'ancien programme de procréation assistée, utiliser le code de facturation* ***06969*** *de l'onglet* Q – Obstétrique.

11.5 L'honoraire pour la **stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins d'un traitement d'insémination artificielle et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux, les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.
Lorsque, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales, une patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu, l'honoraire global de la stimulation ovarienne demeure payable. Les raisons médicales justifiables comprennent notamment une réponse folliculaire excessive, l'absence de réponse ovarienne lors de la stimulation, l'échec d'éjaculation ou l'absence de sperme dans l'éjaculat. Une note relatant ces raisons médicales doit être versée au dossier de la patiente.
Un seul honoraire global de stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle peut être réclamé par insémination artificielle, sauf dans les circonstances exceptionnelles notées ci-haut, lorsque l'insémination artificielle n'a pas eu lieu.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***06487, 06488*** *et* ***06489*** *sous l'onglet* Q – Obstétrique.

11.6 L'honoraire pour **l'insémination artificielle** est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.
Un maximum de 6 inséminations artificielles peut être réclamé par patiente. Ce maximum est renouvelable après toute naissance vivante.
Une naissance vivante se définit par l'expulsion ou l'extraction de l'organisme maternel humain d'un enfant né vivant.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06490*** *sous l'onglet* Q – Obstétrique.

11.7 L'honoraire de **stimulation ovarienne (hors insémination artificielle ou FIV)** par agent injectable est un honoraire global qui s'applique pour une patiente qui ne reçoit pas un traitement d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro, et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux, les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.
11.8 Les services prévus à la présente règle doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et par un médecin qui exerce dans un tel centre et qui est identifié à la RAMQ par le directeur médical du centre.

AVIS **:** *La liste des centres de procréation assistée (CPA) autorisés – Programme de procréation médicalement assistée (PMA) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

RÈGLE 12
SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE À DES FINS DE LA PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

12.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense à des fins de la préservation de la fertilité.
Ces services sont fournis avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires.

12.2 L'honoraire de **stimulation ovarienne à des fins de la préservation de la fertilité** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux, les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.
Les horaires de stimulation ovarienne à des fins de la préservation de la fertilité se définissent selon les 3 catégories suivantes :

- - Cycle naturel : un cycle lors duquel l'ovulation survient spontanément, sans qu'il n'y ait de stimulation ovarienne;
- - Cycle naturel modifié : un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne visant l'obtention d'un ou de plusieurs ovules;
- - Cycle stimulé : Un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne pour augmenter le nombre d'ovules produits.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **06491** et **06492** sous l'onglet* Q – Obstétrique.

12.3 L'honoraire de **prélèvement d'ovule à des fins de la préservation de la fertilité** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis à des fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **06493** sous l'onglet* Q – Obstétrique.

12.4 Les services prévus à la présente règle doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et par un médecin qui exerce dans un tel centre et qui est identifié à la RAMQ par le directeur médical du centre.

AVIS **:** *La liste des centres de procréation assistée (CPA) autorisés – Programme de procréation médicalement assistée (PMA) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

		R = 1	R = 2

P - GYNÉCOLOGIE

AVIS **:** *Pour un service rendu à une personne trans qui a procédé à son changement de sexe civil, utiliser l'élément de contexte* **Transidentité**.

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

06058	Un supplément est payable pour les actes inclus dans le chapitre **Gynécologie** à l'exception de la section **« Vulve et orifice inférieur du vagin »** sauf pour les codes 06156, 06157 et 06158 pour les gynécologues oncologues désignés dans les cas complexes suivants : - IMC >= 35; - Antécédent de 3 laparotomies infra-ombilicales et plus ou syndrome adhérentiel pelvien sévère lors de chirurgie gynécologique intrapéritonéale; - Patiente enceinte >= 12 semaines sauf pour les codes 06908, 06909, 06948, 06949 et 06137; - Patiente âgée de plus de 70 ans; - Anomalie mullérienne; - Immunosuppression (chimiothérapie, VIH, corticothérapie); - Paraplégie ou quadraplégie; - Maladie transmissible par le sang; - Hypertrophie utérine > 250 grammes.	211,10	

AVIS **:** *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35*.

06465	Un supplément est payable pour toute chirurgie de plus de 2 heures (laparotomie et/ou approche vaginale) ou de plus de 3 heures (technique laparoscopique), par 15 minutes de temps opératoire excédentaire	52,80	

AVIS **:** *Inscrire la durée excédentaire du temps opératoire*.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN

Incision

06043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie	135,65	4
06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	158,35	5

Excision conventionnelle ou au Laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes)	52,80	4
06169	Condylomatose anogénitale diffuse ou dysplasie intra-épithéliale vulvaire, ou les deux, sous anesthésie générale ou régionale	316,65	5
06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin	211,10	5
06189	Bartholinectomie	316,65	5

06466	Vestibulectomie	211,10	5
	Vulvectomie :		
06156	hémi-vulvectomie ou vulvectomie ou réintervention dans le cas de cancer intéressant plus de 50 % de la vulve	527,75	6
06157	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve	1 000,00	6
06158	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve avec lymphadénectomie inguinale ou pelvienne, ou les deux	1 075,00	12
06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	210,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé que chez les patientes ayant terminé leur puberté, dans les situations suivantes : 1- Petites lèvres mesurant plus de 5 centimètres dans la plus grande largeur; ou 2- Impact fonctionnel significatif pour la sexualité et/ou la miction avec deuxième opinion préalable; ou 3- Impact psychologique majeur de l'apparence des petites lèvres avec deuxième opinion ou opinion préalable d'un professionnel de la santé mentale. Ces restrictions ne s'appliquent pas dans le contexte d'une circoncision (pour phimosis clitoridien), ni pour une femme étant inscrite sur une liste d'attente en date du 1er novembre 2021 en vue d'obtenir une chirurgie des petites lèvres.		
	Plastie des grandes lèvres :		
06356	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	211,10	6

VAGIN

Incision

06066	Colpotomie (exploration et drainage)	263,90	5
06123	Excision de prolapsus tubaire post hystérectomie avec ouverture de la voûte vaginale, sous anesthésie générale ou régionale.	200,00	5
06124	technique laparoscopique, supplément	250,00	

Introduction

Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion et la visite

06074	première	77,00	5
06075	subséquente	42,00	4

maximum, une colposcopie par période de six (6) mois, par patiente, par médecin
NOTE : Les codes 06074 et 06075 ne peuvent être facturés avec le code 06058.
Règles :

1) La rémunération de la colposcopie est incluse dans celle de la visite en cabinet.
2) La première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.

Excision conventionnelle ou au Laser

06249	Colpectomie pour lésions malignes invasives	546,95	8
----	Caroncule urétral ou ectropion	**(voir système urinaire)**	
06141	Exérèse d'un septum vaginal	211,10	5
06144	Exérèse d'un septum vaginal transverse complet NOTE : N'est pas facturable en sus du code 06416	775,80	10
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	90,00	5

Réparation avec ou sans dérivation urinaire

06400	Cystocèle (urétrocèle)	369,45	5
06407	Cure paravaginale de cystocèle	480,00	6
06406	et rectocèle, supplément	131,90	
06405	Cure de rectocèle	369,45	5
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale ou fixation haute des utérosacrés, supplément	316,65	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	316,65	
06427	Cure primaire de prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	250,00	5
06424	Reprise de chirurgie pour prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	527,75	5
06422	Reprise ou exérèse au bloc opératoire par voie vaginale ou abdominale sur des mèches préalablement installées pour chirurgie de prolapsus génital, incluant la reconstruction avec greffe ou lambeau	633,30	5
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	650,00	5
06420	Colposacropexie, avec bande ou hysteropexie avec bande NOTE : Ne peut être facturé avec le code 06452	633,30	5
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	600,00	5
06411	Colpocléisis	422,20	5
06412	Urétropexie, toutes techniques NOTE : Le code d'acte 06412 inclut la cystoscopie (code d'acte 00320) lorsqu'effectuée à la même séance.	398,75	6
06414	Entérocèle ou colpocèle par voie vaginale	422,20	5
06415	Vaginoplastie (sténose)	211,10	5
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	211,10	5
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	775,80	10

Suture

06421	Colpopérinéorraphie (blessure non obstétricale)	211,10	5

TROMPES

Réparation

06428	Salpingostomie ou réanastomose, unilatérale ou bilatérale	638,05	8
06467	technique laporoscopique, supplément	263,90	

Suture

06430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique)	475,00	9
06468	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	316,65	6
06451	avec avortement thérapeutique	422,20	6
06461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément	105,55	

AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 9.

OVAIRES ET TROMPES

Excision

	Kyste ovarien, paraovarien		
06188	unilatéral	398,75	7
06469	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06201	bilatéral	504,30	7
06470	technique laparoscopique, supplément	263,90	
	NOTE : Ces codes ne peuvent être facturés pour une exérèse d'hydatide de Morgani, pour une ponction de kyste ou pour une stérilisation.		
06177	Tumeur intraligamentaire	398,75	7
	Salpingectomie et/ou ovariectomie excluant la stérilisation		
06261	unilatérale	398,75	7
06471	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06303	bilatérale	504,30	7
06472	technique laparoscopique, supplément	263,90	

Réparation

	Chirurgie conservatrice de l'endométriose		
06299	Stade I ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes	369,45	7
06288	Stade III ou IV, toutes techniques, comprenant au moins 2 des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien, ovariectomie, tuboplastie, dépéritonisation pelvienne.	638,05	10
06264	technique laparoscopique, supplément	263,90	

06263	Ovariopexie	347,25	7

UTÉRUS ET COL UTÉRIN

Incision

06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	422,20	7
06071	Cure d'isthmocèle	422,20	7
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	422,20	7
06474	Chirurgie de révision intra-abdominale ou vaginale suite à une complication, faite jusqu'à 5 jours postopératoires	527,75	8
06475	Exérèse de stérilet intra-abdominal, toute voie d'approche	343,05	6
06069	Lymphadénectomie pelvienne ou périaortique ou les deux	765,65	12
06068	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06073	Laparotomie de contrôle pour cancer de l'ovaire avec biopsie, unique ou multiple, peu importe le site	558,35	8
06072	Métroplastie (utérus septus) ou excision de synéchie ou excision de septum utérin	398,75	6

Excision

06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28) NOTE: Le code 06145 ne peut être facturé en cabinet privé.	90,00	4
06146	Conisation diagnostique du col au Laser ou au bistouri, excluant la thérapie cervicale diathermique (LEEP), sous anesthésie générale ou péridurale seulement	150,00	5
	Thérapie cervicale, incluant la visite		
06811	pour lésion précancéreuse de bas grade	45,00	5
06810	faite par LEEP pour lésion précancéreuse de haut grade ou de curetage endocervical anormal	120,00	4
06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	25,00	5
	NOTE : Les codes 06810, 06811 et 06812 ne peuvent être facturés avec le code 06058.		
06149	Myomectomie ou myolyse de 5 cm et plus ou de 5 myomes et plus ou les deux	700,00	7
06476	technique laroscopique, supplément	263,90	
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	527,75	7
06154	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	644,65	8
06251	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	844,40	15

06208	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	644,65	8
06164	technique laparoscopique, supplément	263,90	
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	844,40	15
06194	avec lymphadénectomie radicale lomboaortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	369,45	
06270	Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	1 059,60	15
	Trachélectomie :		
06267	abdominale	550,00	5
06268	vaginale	550,00	5
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	1 055,50	15
06231	technique laparoscopique, supplément	263,90	
	Paramétriectomie :		
06289	avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions pelviens et paraaortiques	1 059,60	15
06294	technique laparoscopique, supplément	263,90	
	Exentération pelvienne :		
06271	postérieure	2 036,50	18
06272	antérieure et postérieure	2 848,60	18
06278	reconstruction vaginale avec ou sans greffe, supplément	324,40	
06225	création d'un conduit urinaire de type réservoir continent, supplément NOTE : Les suppléments codés 06225 et 06278 ne s'appliquent qu'aux codes 06271 et 06272.	696,65	
06279	Exploration chirurgicale en vue d'une exentération, toute voie d'approche NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé avec ce code par le même médecin ou un médecin de la même spécialité, à la même séance, par la même incision. ***AVIS*** **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Autre incision**.	626,65	10
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	752,10	8
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	805,80	8

06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	752,10	8
06381	Sympathectomie présacrée	527,75	7
06477	technique laparoscopique, supplément	263,90	
	Introduction		
06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et avec ou sans hystéro-salpingographie (PG-28)	166,50	6
06460	avec ablation ou résection de l'endomètre et/ou exérèse de polype endométrial et/ou myomectomie de moins de 3 cm et/ou exérèse de rétention de produits de conception, supplément NOTE : Ne peut être facturé avec les codes 20154 et 06475 à la même séance.	188,00	
06462	myomectomie de 3 cm ou plus avec ou sans ablation ou résection de l'endomètre ou cure d'isthmocèle, supplément NOTE : Les codes 06460 et 06462 sont mutuellement exclusifs.	237,50	
06404	Ablation de l'endomètre, toutes techniques effectuée sans hystéroscopie diagnostique à la même séance	170,90	5
-----	Laparoscopie	**(voir appareil digestif)**	
	Réparation		
06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	418,70	7
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature de trompes	422,20	7
	Manipulation		
	Avortement incomplet :		
06900	par extraction menstruelle	31,90	
06906	par curetage (PG-28)	188,05	4
	Avortement :		
06908	par extraction menstruelle (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	31,90	
06909	par curetage (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (PG-28)	158,35	4
	AVIS **:** *En obstétrique gynécologie, voir la* Règle d'application n° 9 .		
	Avortement de la 14e à la 19e semaine de grossesse inclusivement		
06948	1er temps : induction toutes méthodes	159,50	5
06949	2e temps : curetage ou expulsion spontanée (PG-28)	159,50	4
06137	Avortement par dilatation et extraction à partir de 20 semaines de grossesse, incluant la dilatation du col et l'insertion de tiges laminaires (PG-28)	318,95	7
06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement ou un avortement incomplet (PG-28)	184,70	4
06924	Cerclage du col par approche vaginale chez la parturiente	211,10	5
06478	Cerclage du col par approche abdominale	501,35	8

06479	technique laparoscopique, supplément	263,90

Divers

Q — Obstétrique

ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

RÈGLE 1.

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS **:** *Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet* Règles d'application et plafonnements.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 193,35 $ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS **:** *La nomenclature est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet* Q. *Pour la facturation du supplément, voir le code de facturation* ***06945*** *ou* ***06946*** *sous le présent onglet* Q.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06919*** *sous l'onglet* Q -Obstétrique.

RÈGLE 4.

Abrogé.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6. : ***Abrogée par la*** **Modification 98** ***en date du 1er octobre 2021***

La compensation relative au coût d'un stérilet ou d'un implant de Essure est exigible de la patiente.

RÈGLE 7.

7.1 Un supplément de consultation pour une patiente suspectée être atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin détenant un certificat de spécialiste en oncologie gynécologique reconnu par le Collège des médecins du Québec (CMQ).

Ce supplément de consultation remplace les autres suppléments de consultation qui pourraient autrement être applicables. Il est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15140*** *et* ***15143*** *à la section* Obstétrique-gynécologie *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

7.2 La visite de suivi oncologique en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie est la visite que le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie effectue auprès d'une patiente hospitalisée avec un diagnostic de cancer et traitée par chimiothérapie, 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 de la patiente à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par patiente pour l'ensemble des médecins spécialistes classés en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***00027*** *à la section* Obstétrique-gynécologie *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

RÈGLE 8.

8.1 Le médecin classé en obstétrique-gynécologie a droit au paiement de l'honoraire d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer.

Sont inclus dans l'honoraire de l'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer la visite principale et le cas échéant, le supplément de consultation.

8.2 Lorsque plus d'une visite est nécessaire, par le même médecin, l'honoraire de suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer s'applique. Après la première visite de suivi, les visites subséquentes ne sont payables qu'à tous les 6 mois.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15091*** *à la section* Obstétrique-gynécologie *sous l'onglet* B - Tarification des visites.

RÈGLE 9.

Un supplément d'honoraires est accordé au médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie pour la prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal.

Ce supplément s'ajoute au tarif de la visite, lors du premier examen d'une patiente en vue d'un suivi de grossesse. Celui qui reçoit le supplément de consultation n'y a pas droit.

La tarification du supplément d'honoraires est prévue aux tableaux d'honoraires. Un seul supplément peut être facturé par patiente, par grossesse. De plus, nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite, le même jour.

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations*.

Celui qui demande paiement de ce supplément d'honoraires complète le formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou le formulaire en usage dans l'établissement.

RÈGLE 10.
SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (Mesures transitoires)
La présente règle concerne les services rendus dans le cadre des mesures transitoires et finales prévues à la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée et vise ainsi uniquement les services rendus à compter du 11 novembre 2015 aux personnes assurées admissibles à ces mesures pendant la période transitoire.
10.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense à une personne assurée:

1° qui a commencé à recevoir des services de fécondation in vitro avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à la fin du cycle ovarien au cours duquel des services de fécondation in vitro ont lieu ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première possibilité;
2° qui participe avec la personne visée au paragraphe 1o à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ce paragraphe.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature. Elle varie selon que ces services sont dispensés en établissement ou en cabinet privé.

10.2 L'honoraire de transfert d'embryon est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de transfert d'un ou plusieurs embryons frais ou congelés incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin et l'assistance à l'éclosion.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06969*** *sous le présent onglet Q.*

RÈGLE 11.
SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE - ***Services médicaux assurés à compter de la date d'entrée en vigueur de la Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréaction assistée.***

11.1 Un projet de procréation assistée est formé par une personne seule ou par des conjoints qui consiste pour ceux-ci à obtenir des services de procréation assistée afin d'avoir un ou plusieurs enfants en recourant, au besoin, à une femme ou une personne qui n'est pas partie au projet pour donner naissance à cet ou ces enfants, ou au matériel reproductif d'une personne qui n'est pas partie au projet.
Un cycle de fécondation in vitro ne peut comprendre qu'une seule ponction ovarienne, débutant au moment de la première stimulation ovarienne ou au moment de la ponction ovarienne, selon le cas, et se terminant lorsqu'aucun embryon n'a pu être produit à la suite de la ponction ovarienne ou lorsque tous les embryons produits à la suite de cette ponction ovarienne ont été transférés.
Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense selon les conditions suivantes :

a) la personne seule ou les conjoints partie au projet de procréation assistée doivent être âgés de 18 ans ou plus au moment de la dispensation du premier service dans le cadre du projet de procréation assistée ;
b) la femme ou la personne doit être âgée de moins de 41 ans :
    i. dans le cadre de l'insémination artificielle, au moment de :
        - la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié,
        - au premier jour du cycle menstruel lors d'un cycle ovulatoire naturel,
        - ainsi qu'au moment de toute insémination ;
    ii. dans le cadre de la fécondation *in vitro*, au moment de :
        - la stimulation ovarienne lors d'un cycle ovulatoire stimulé ou naturel modifié,
        - ou au moment de la ponction ovarienne lors d'un cycle ovulatoire naturel ;
c) la femme ou la personne doit être âgée de moins de 42 ans lors du dernier transfert d'embryon congelé ;
d) la personne qui contribue au projet en fournissant gratuitement son matériel reproductif doit être âgé de 18 ans ou plus au moment de la dispensation du premier service en lien avec sa contribution ;
e) dans le cas de la femme ou de la personne qui contribue au projet de procréation assistée sans en être partie en acceptant de donner naissance à l'enfant, les services sont considérés assurés uniquement si elle a au moins 21 ans et respecte les conditions reliées à l'âge maximal prévues aux paragraphes b et c du premier alinéa.

La tarification des services de procréation assistée est prévue à la nomenclature.

11.2 L'honoraire de **stimulation ovarienne dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro*** est un honoraire global qui comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux,les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.
Les honoraires de stimulation ovarienne se définissent selon les 3 catégories suivantes :

- - Cycle naturel : un cycle lors duquel l'ovulation survient spontanément, sans qu'il n'y ait de stimulation ovarienne;
- - Cycle naturel modifié : un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne visant l'obtention d'un ou de plusieurs ovules;
- - Cycle stimulé : Un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne pour augmenter le nombre d'ovules produits.

Un seul honoraire global **de stimulation ovarienne dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro** peut être facturé par projet de procréation assistée, à vie. Cependant, un deuxième honoraire global de stimulation ovarienne peut être facturé si aucun ovule n'est obtenu à l'issue de cette première stimulation. Ainsi, si un nombre insuffisant de follicules dominants potentiellement matures est obtenu à l'issue de cette première stimulation, un deuxième honoraire global de stimulation ovarienne dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro peut alors être facturé dans le cadre d'un même projet de procréation assistée, en autant que le prélèvement d'ovules n'a pas été effectué.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **06480**, **06481**, **06482** et **06483** sous le présent onglet Q.*

11.3 L'honoraire de **prélèvement d'ovule** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation *in vitro* et comprend l'ensemble des services dispensésaux fins d'un seul prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.
Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être facturé par projet de procréation assistée, à vie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **06484** sous le présent onglet Q.*

11.4 L'honoraire de **transfert d'embryon** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre d'un cycle de fécondation in vitro et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de transfert d'un ou deux embryons frais ou congelés incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin. Un cycle de fécondation in vitro se termine lorsque tous les embryons du cycle couvert ont été transférés, même s'il y a une ou plusieurs naissances vivantes entre les transferts.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **06485** et **06486** sous le présent onglet Q.*

AVIS **:** *Pour le transfert d'embryons conçus pendant l'ancien programme de procréation assistée, utiliser le code de facturation **06969** du présent onglet Q.*

11.5 L'honoraire pour la **stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins d'un traitement d'insémination artificielle et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux, les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.
Lorsque, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales, une patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu, l'honoraire global de la stimulation ovarienne demeure payable. Les raisons médicales justifiables comprennent notamment une réponse folliculaire excessive, l'absence de réponse ovarienne lors de la stimulation, l'échec d'éjaculation ou l'absence de sperme dans l'éjaculat . Une note relatant ces raisons médicales doit être versée au dossier de la patiente.
Un seul honoraire global de stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle peut être réclamé par insémination artificielle, sauf dans les circonstances exceptionnelles notées ci-haut, lorsque l'insémination artificielle n'a pas eu lieu.

AVIS : *Voir les codes de facturation **06487, 06488** et **06489** sous le présent onglet Q.*

11.6 L'honoraire pour **l'insémination artificielle** est un honoraire global qui s'applique dans un cas d'insémination avec sperme du conjoint, sperme du conjoint en réserve ou sperme d'un donneur et comprend la visite à la même séance, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.
Un maximum de 6 inséminations artificielles peut être réclamé par patiente. Ce maximum est renouvelable après toute naissance vivante.
Une naissance vivante se définit par l'expulsion ou l'extraction de l'organisme maternel humain d'un enfant né vivant.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **06490** sous le présent onglet Q.*

11.7 L'honoraire de **stimulation ovarienne (hors insémination artificielle ou FIV)** par agent injectable est un honoraire global qui s'applique pour une patiente qui ne reçoit pas un traitement d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro, et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux, les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **06494** et **06495** sous le présent onglet Q.*

11.8 Les services prévus à la présente règle doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et par un médecin qui exerce dans un tel centre et qui est identifié à la RAMQ par le directeur médical du centre.

AVIS **:** *La liste des centres de procréation assistée (CPA) autorisés – Programme de procréation médicalement assistée (PMA) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

RÈGLE 12
SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE À DES FINS DE LA PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

12.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense à des fins de la préservation de la fertilité.
Ces services sont fournis avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale de l'ensemble des testicules ou des ovaires.

12.2 L'honoraire de **stimulation ovarienne à des fins de la préservation de la fertilité** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis aux fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux, les examens d'ultrasonographie et la consultation téléphonique requis à cette fin. Il est composé de deux tarifs, soit un premier comprenant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie et un second comprenant l'interprétation des résultats paracliniques, l'interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, les ajustements des doses de médicaments. Le second tarif ne peut être facturé que si le premier tarif est facturé, mais au besoin, ils peuvent être facturés par différents médecins.
Les horaires de stimulation ovarienne à des fins de la préservation de la fertilité se définissent selon les 3 catégories suivantes :

- - Cycle naturel : un cycle lors duquel l'ovulation survient spontanément, sans qu'il n'y ait de stimulation ovarienne;
- - Cycle naturel modifié : un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne visant l'obtention d'un ou de plusieurs ovules;
- - Cycle stimulé : Un cycle lors duquel il y a stimulation ovarienne pour augmenter le nombre d'ovules produits.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **06491** et **06492** sous le présent onglet Q.*

12.3 L'honoraire de **prélèvement d'ovule à des fins de la préservation de la fertilité** est un honoraire global qui s'applique dans le cadre des services requis à des fins de préservation de la fertilité et comprend l'ensemble des services dispensés à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes médicaux et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **06493** sous le présent onglet Q.*

12.4 Les services prévus à la présente règle doivent être rendus dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré par le ministre en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée et par un médecin qui exerce dans un tel centre et qui est identifié à la RAMQ par le directeur médical du centre.

AVIS **:** *La liste des centres de procréation assistée (CPA) autorisés – Programme de procréation médicalement assistée (PMA) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

		R = 1	R = 2

Q - OBSTÉTRIQUE

AVIS **:** *Pour un service rendu à une personne trans qui a procédé à son changement de sexe civil, utiliser l'élément de contexte* **Transidentité**.

La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens durant le travail;

- la stimulation du travail;

- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues;

- la rupture des membranes;

- le désencerclage du col;

- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous, faite par le médecin accoucheur;

- le bloc honteux;

- le cathétérisme vésical;

- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux;

- le monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne;

- l'amniométrie incluant l'insertion du cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique continu et l'interprétation;

- le prélèvement de sang foetal in utero;

- la délivrance par voie vaginale;

- l'épisiotomie et sa réparation;

- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;

- la révision utérine;

- la réparation de déchirure;

- les soins hospitaliers post-natals n'excédant pas huit (8) jours;

- la visite, la réanimation et l'aspiration du nouveau-né faites par le médecin accoucheur.

06903	Accouchement	468,30	
06097	accouchement par le siège, supplément	211,10	
06919	accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	224,30	
06950	accouchement vaginal après césarienne, supplément	211,10	
06945	accouchement dans les cas complexes, supplément	193,35	

AVIS **:** *Pour le code de facturation* ***06945,*** *inscrire :*

- l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35;

- le ou les des codes de diagnostic médical de l'annexe I de l'onglet Q - Obstétrique s'il y a lieu.

06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après 36 semaines, incluant la visite, la tocolyse, le monitoring externe	211,10	4
06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	507,20	15
06913	Césarienne et hystérectomie	1 055,50	18
06946	Césarienne dans les cas complexes, supplément	193,35	

AVIS **:** *Pour le code de facturation* ***06946,*** *inscrire:*

- l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35;

- le ou les des codes de diagnostic médical de l'annexe I de l'onglet Q - Obstétrique s'il y a lieu.

06937	Kystectomie, ovariectomie partielle ou totale pour lésion bénigne ou maligne lors de césarienne, supplément	105,55	
06098	Laparotomie post-partum réalisée suite à une complication d'un accouchement ou d'une césarienne, survenant dans les 28 jours, à une séance différente	791,65	15
06099	Hystérectomie post-partum réalisée suite à une complication d'un accouchement ou d'une césarienne, survenant dans les 28 jours, à une séance différente	1 055,50	18
06929	Ensemble des soins prodigués lors d'une manoeuvre obstétricale intrapartum durant le deuxième ou le troisième stade du travail	454,25	6

AVIS **:** *Pour le code de facturation* ***06929****, inscrire l'un des diagnostics paraissant à l'annexe II à la fin du présent onglet Q.*

06931	si cas complexe, supplément	193,35	

NOTE : Les codes 06929 et 06931 ne peuvent être facturés avec les codes 06903, 06912 et 06934.

NOTE : Le code 06929 fait référence à l'Annexe II sous le présent onglet.

AVIS **:** *Pour le code de facturation* ***06931****, inscrire :*

- l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35;

- le ou les des codes de diagnostic médical de l'annexe I de l'onglet Q - Obstétrique s'il y a lieu.

06934	Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2e stade, anomalie du coeur foetal et/ou évolution anormale du travail	448,60	

NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec les codes 06903, 06912 et 06929.

06940	Consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(sont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants : l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencerclage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail. NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un médecin de la même spécialité.	158,35	
06904	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aigüe ou stabilisée, aux fins de préparation à un transfert vers une autre installation d'un établissement désigné par les parties négociantes NOTE : Le code 06904 n'est pas soumis aux règles de l'*Addendum 4 - Chirurgie*. NOTE : Le code 06904 inclut tous les services médicaux effectués par le même médecin ou un médecin de même spécialité chez cette patiente le même jour sauf la naissance.	226,95	
06905	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aigüe ou stabilisée, transférée d'une autre installation d'un établissement. Cet acte est facturable par l'obstétricien-gynécologue de garde à la salle d'accouchement NOTE : Le code 06905 n'est pas soumis aux règles de l'*Addendum 4 - Chirurgie*. NOTE : Le code 06905 inclut tous les services médicaux effectués par le même médecin ou un médecin de même spécialité chez cette patiente le même jour sauf la naissance. NOTE *:* Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes. ***AVIS*** **:** *La liste des centres hospitaliers désignés est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.	279,70	
06917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta ou correction d'une inversion utérine (prestation incluse dans celle de l'accouchement)		6
06918	Réparation de déchirures (prestation incluse dans celle de l'accouchement)		5
06920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement	211,10	5
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite (PG-28)	263,90	4
06928	Ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite foetale) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse, le cas échéant (PG-28)	633,30	5
06930	Transfusion foetale intra-utérine (PG-28)	844,40	7
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du foetus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines)	57,00	

06932	Évaluation du bien-être foetal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement	47,00
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail actif d'une patiente admise par un obstétricien gynécologue, si un autre obstétricien gynécologue effectue la césarienne ou l'accouchement Maximum 1 fois par patiente, par grossesse	158,35

AVIS **:** *Indiquer la date des dernières menstruations*.

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2

PROCRÉATION ASSISTÉE

Mesures transitoires - Services médicaux maintenus sous certaines conditions et non assurés depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales prévues par la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

AVIS **:** *Conserver les pièces justificatives permettant de démontrer que le plan de traitement a été débuté avant le 11 novembre 2015 ainsi que le numéro d'assurance maladie de la personne qui participe avec celle qui requiert le transfert d'embryon, et ce, aux fins de vérifications ultérieures.*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
06969	Transfert d'embryon congelé (voir règle 10.2 - addendum 6)	158,35	1 467,15	6

AVIS **:** *Les codes de facturation relatifs au transfert d'embryon peuvent être demandés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.*

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2

Procréation assistée

Services médicaux assurés à compter de la date d'entrée en vigueur de la Loi modifiant diverses dispositions en matière de procréation assistée

AVIS **:** *La liste des centres de procréation assistée (CPA) autorisés – Programme de procréation médicalement assistée (PMA) est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

Fécondation in vitro

Stimulation ovarienne effectuée en vue d'une fécondation in vitro (voir règle 11.2 - addendmum 6)

06480	cycle naturel, visites, actes médicaux et examens d'ultrasonographie	316,65	316,65	
06481	cycle naturel modifié, visites, actes médicaux et examens d'ultrasonographie	316,65	316,65	
06482	cycle stimulé, visites, actes médicaux et examens d'ultrasonographie	316,65	316,65	
06483	Interprétation des résultats paracliniques, interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, ajustement des doses de médicaments NOTE : le code 06483 n'est facturable que si un des codes 06480, 06481 ou 06482 a été facturé.	105,55	105,55	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **06480**, **06481** et **06482**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par le service en ligne **Procréation médicalement assistée – Gestion de l'admissibilité**.*

Pour plus d'information sur l'obtention du numéro d'autorisation et sur l'utilisation du service en ligne, consultez la page Web Procréation médicalement assistée.

06484	Prélèvement d'ovule (voir règle 11.3 - addendum 6)	369,45	369,45	8
06485	Transfert d'embryon frais (voir règle 11.4 - addendum 6)	158,35	158,35	6
06486	Transfert d'embryon congelé (voir règle 11.4 - addendum 6)	158,35	158,35	6

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **06484**, **06485** et **06486**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par le service en ligne **Procréation médicalement assistée – Gestion de l'admissibilité**.*

Pour plus d'information sur l'obtention du numéro d'autorisation et sur l'utilisation du service en ligne, consultez la page Web Procréation médicalement assistée.

Insémination artificielle

Stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle (voir règle 11.5 - addendum 6)

06487	par agents oraux	105,00	105,00	
06488	par gonadotropines, visites, actes médicaux et examens d'ultrasonographie	112,50	112,50	
06489	Interprétation des résultats paracliniques, interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, ajustement des doses de médicaments NOTE : le code 06489 n'est facturable que si le code 06488 a été facturé.	37,50	37,50	
06490	Insémination artificielle (voir règle 11.6 - addendum 6)	85,00	85,00	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **06487**, **06488** et **06490**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par le service en ligne **Procréation médicalement assistée – Gestion de l'admissibilité**.*

Pour plus d'information sur l'obtention du numéro d'autorisation et sur l'utilisation du service en ligne, consultez la page Web Procréation médicalement assistée.

	Stimulation ovarienne par agent injectable (hors FIV et hors insémination artificielle)			
06494	par gonadotropines, visites, actes médicaux et examens d'ultrasonographie	112,50	112,50	
06495	Interprétation des résultats paracliniques, interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, ajustement des doses de médicaments NOTE : Le code 06495 n'est facturable que si le code 06494 a été facturé	37,50	37,50	
	Préservation de la fertilité			
06491	Stimulation ovarienne (voir règle 12.2 - addendum 6), visites, actes médicaux et examens d'ultrasonographie	316,65	316,65	
06492	Interprétation des résultats paracliniques, interprétation des examens d'ultrasonographie et, le cas échéant, ajustement des doses de médicaments NOTE: le code 06492 n'est facturable que si le code 06491 a été facturé.	105,55	105,55	
06493	Prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens (voir règle 12.3 - addendum 6)	369,45	369,45	8

ANNEXE I

AVIS **:** *Pour le code de facturation **06931**, **06945** ou **06946**, inscrire s'il y a lieu:*
- le code ou les codes de diagnostic médical (chiffres entre parenthèses);
- l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur au égal à 35.

ACCOUCHEMENT DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06945) ou MANŒUVRE OBSTÉTRICALE INTRAPARTUM DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06931)

CAS COMPLEXES

A) VOIE VAGINALE

AVIS **:** *Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés ci-dessous, voir le tableau de correspondance à la rubrique* Répertoire des diagnostics.

CONDITIONS FOETALES :

- Présentation de la face (652.4) (non payable si se termine en césarienne)

- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)

- Hydrops-foetalis non immun (778.9)

- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4000 g) (656.6)

- Malformation congénitale : système nerveux central (655.0), digestif (751.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)

- Mort in utero après 22 semaines (656.4)

- Post-datisme 41 semaines et plus (645.9)

- Prématurité (à partir de 22 0/7 et moins que 37 0/7 semaines) (765.1)

- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES :

- Placenta accreta (667.0), increta (667.0) et percreta (667.0)

CONDITIONS MATERNELLES :

*** Complications médicales**

- Maladies hématologiques : coagulopathie (286.9), thrombocytopénie (287.9)
- Maladies cardiovasculaires : cardiopathie classe 2, 3, 4 (429.9), maladie thromboembolique (453.9), pré-éclampsie sévère (642.5)
- Maladies pulmonaires : insuffisance respiratoire (786.0), embolie pulmonaire (415.1), embolie de liquide amniotique (673.9)
- Maladies endocriniennes : phéochromocytome (227.0)
- Maladies neurologiques : éclampsie (642.6), paraplégie (344.1), paralysie (344.9)
- Maladies infectieuses : sida ou VIH (042.9), hépatite aigüe ou infectieuse (646.7)
- Maladies gynécologiques : anomalie congénitale (654.9)
- IMC > = 35

*** Complications obstétricales**

- Hématomes génitaux nécessitant drainage et transfusion ou drainage nécessitant une nouvelle anesthésie générale ou régionale (664.5)
- Inversion utérine (665.2)
- Lacération génitale (du 3^{e} et du 4^{e} degré) (664.2 et 664.3) (uniquement pour les cas d'accouchement complexe, code 06945)
- Rupture utérine (665.1)
- Hémorragie post-partum immédiate (< 24 heures) > = 1 000 cc à la suite d'un accouchement vaginal (666.0 à 666.3, 666.9)

*** Autres**

- IMC > = 35

B) CÉSARIENNE (acte codé 06946)

AVIS **:** *Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés ci-dessous, voir le tableau de correspondance à la rubrique* Répertoire des diagnostics.

CONDITIONS FOETALES :

- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2 500 g) (656.5)
- Procidence du cordon (663.0, 663.2, 663.3, 663.9, 762.4)

CONDITIONS AU NIVEAU DU PLACENTA :

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Placenta praevia (641.1)

CONDITIONS MATERNELLES :

- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)
- Maladies infectieuses : sida ou VIH (042.9), hépatite aiguë ou infectieuse (646.7)
- IMC > = 35
- Multiples césariennes (3 césariennes antérieures ou plus) (6501)

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES :

- Rupture utérine (665.1)
- Hémorragie post-partum immédiate (< 24 heures) > = 1 500 cc à la suite d'une césarienne (666.0 à 666.3, 666.9).

ANNEXE II

HONORAIRE GLOBAL DE MANOEUVRE OBSTÉTRICALE INTRA-PARTUM
(acte codé 06929)

- Application de forceps ou ventouse (6695)
- Manoeuvre nécessitée par une dystocie de l'épaule (6604)
- Extraction manuelle du placenta pour placenta retenu (6670, 6671, 6679)
- Réparation de déchirures cervico-vaginales (de 5 cm ou plus) (6654)
- Réparation de déchirures du 3e (6642) ou du 4e degré (6643)
- Révision utérine pour hémorragie (6660)
- Manoeuvre nécessitée par l'accouchement d'un siège ou d'un deuxième jumeau (6513)

R — Appareil glandulaire

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**

THYROIDE

Incision

06076	Drainage d'abcès : soins complets	67,40	4

Excision

06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	149,85	5
06152	Hémithyroïdectomie	600,55	6
06133	par approche endoscopique, supplément	158,35	
06163	Hémythyroïdectomie avec évidement de la zone 6	746,35	10
06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	204,50	5
06180	Excision de nodule solitaire	396,40	5
06280	Thyroïdectomie totale	857,90	8
06134	par approche endoscopique, supplément	158,35	
	Thyroïdectomie totale avec évidement de la zone 6		
06165	unilatérale	1 003,75	10
06166	bilatérale	1 149,60	12
06281	Thyroïdectomie totale de complétion	729,20	8
	Thyroïdectomie totale de complétion, avec évidement de la zone 6		
06174	unilatérale	875,05	10
06175	bilatérale	1 029,50	12
06176	par voie trans-sternale, supplément NOTE : Le code 06176 ne peut être facturé qu'avec les codes 06152, 06180, 06280, 06165, 06166, 06163, 06174 et 06175.	200,00	

PARATHYROÏDE

Exploration et/ou excision :

06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	724,4010
06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	692,6510
06135	par approche endoscopique, supplément	158,35
06181	Transplantation de parathyroïde, une ou plusieurs, supplément	122,70

SURRÉNALES

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4 - Chirurgie, tout acte réalisé au niveau de la surrénale contralatérale à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

06182	Surrénalectomie unilatérale	914,9515

S — Système nerveux

		R = 1	R = 2
	AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**		
07830	Monitoring per-opératoire de l'intégrité des nerfs crâniens ou périphériques (pour neurochirurgien seulement), supplément	150,00	
07831	Toute réintervention effectuée au même site au-delà de 30 jours suivant l'intervention initiale, sauf si déjà prévue au tarif, supplément (pour neurochirurgien seulement) NOTE : Le code 07831 peut aussi être facturé avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique ainsi qu'avec le code 04710.	278,55	
07742	Si utilisation de la robotique et/ou IRM per-opératoire, supplément	216,60	
07817	Si guidage continu bidimensionnel per-opératoire effectué par le neurochirurgien, supplément NOTE : Les codes 07817, 07702, 07706, 07842, 07609 et 07676 sont mutuellement exclusifs. NOTE : Le code 07817 est facturable seulement avec les codes 07644, 07674, 07767, 07768, 07770, 07771, 07773 et 07774.	250,10	

CRÂNE & ENCÉPHALE

Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation donnent droit à un supplément

07702	chirurgie cranio-encéphalique, supplément NOTE : Les codes 07702, 07706, 07842, 07817, 07609 et 07676 sont mutuellement exclusifs.	241,20	

07703	Si chirurgie effectuée par le neurochirurgien chez un patient conscient pour cartographie corticale fonctionnelle, supplément	243,00	
07743	Si ostéotomie orbito-zygomatique, supplément	216,60	
	Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)		
	Sus-tentorielles :		
07520	Lésions des ventricules latéraux	2 000,00	18
07521	Lésions du III[e] ventricule	2 250,00	18
07522	Lésions de la ligne médiane (faux et corps calleux)	2 041,55	21
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex. : cranio-pharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	2 370,05	21
07524	Lésions de la région pinéale	2 449,30	21
07525	Lésions de la voûte du crâne	676,10	12
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 632,40	18
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 458,45	18
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement	596,05	10
	Sous-tentorielles		
07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 711,20	18
07530	Lésions du IV[e] ventricule extraparenchymateuses	2 250,00	18
	Tumeur du tronc cérébral		
07531	biopsie seulement	1 768,40	18
07532	exérèse 50 % et plus	2 993,10	21
	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur		
07533	5 cm ou moins	2 162,05	21
07534	plus de 5 cm	2 993,10	21
07832	si mise en place d'un implant auditif au niveau du tronc cérébral, supplément	1 184,90	
	Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)		
	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
07535	adénome enclos (grades 0, I et II)	1 500,00	21
07536	adénome envahissant (grades III et IV)	1 524,60	21
07537	cranio-pharyngiomes	1 599,30	21
07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 273,80	18
07539	approche transnasale (incluant transseptale ou sous-labiale) effectuée par le neurochirurgien seulement, supplément	331,10	

	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
07540	Stade A	1 632,40	21
07541	Stade B	1 842,70	21
07542	Stade C & D (géants)	2 107,05	21
07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 513,75	21
07544	approche transnasale (incluant transseptale ou sous-labiale) effectuée par le neurochirurgien seulement, supplément	339,75	
07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par craniotomie	2 449,30	21
07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur	1 834,55	18
07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 514,25	18
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
07548	2/3 externe	1 579,55	18
07549	1/3 interne	1 986,45	18
07550	Lésions du Clivus	2 866,00	21
07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	2 449,30	21
	Lésions de la tente :		
07552	infratentorielles	1 837,85	18
07553	supratentorielles	1 855,85	18
07554	combinées	2 993,10	21
07555	Lésions intra-orbitaires par craniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	2 431,90	21
07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	2 993,10	21
07000	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique	247,90	12
	NOTE : Le service médical codé **07000** est réservé aux médecins spécialistes en neurochirurgie au CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).		
	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	1 485,90	18
07558	sous-durales	952,90	18
07559	épidurales	946,05	18
07560	Exérèse de volet infecté et /ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention d'un médecin classé en neurochirurgie à la même séance	676,10	12
07561	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	612,95	12

07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	596,05	10
	Sous-tentorielles :		
	Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :		
07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 768,40	18
07564	sous-durales	1 091,80	18
07565	épidurales	1 224,70	18
07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	985,15	15
07567	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	886,85	15
07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	827,20	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 :		
	Cure d'anévrisme (pour neurochirurgien seulement) :		
07570	premier, quelle que soit sa morphologie	2 177,60	21
07599	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément	543,70	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'anévrismes additionnels.*		
07573	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	571,25	
07744	si anévrisme rompu par craniotomie, supplément	216,60	
	Cure de malformation artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement) :		
07574	grade 1	1 904,30	18
07575	grade 2	2 285,60	21
07576	grade 3	2 667,05	21

07577	grade 4	2 814,60	21
07578	grade 5	3 056,50	21
07579	Cure de fistule artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	1 360,60	21
	Évacuation d'hématome intracérébral, autre que traumatique :		
07580	par craniotomie	1 248,25	21
07581	par trépanation ou craniectomie et aspiration	529,85	10
07582	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 496,50	21
07583	Cure de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	2 061,15	18
07833	Craniotomie de décompression avec duroplastie d'expansion pour AVC	1 133,75	18
	Sous-tentorielles :		
	Craniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire		
07511	premier, quelle que soit sa morphologie	2 721,10	21
07510	si anévrisme rompu, supplément	216,60	
07512	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément	502,15	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'anévrismes additionnels.*		
07001	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	673,05	
	Craniotomie pour malformation artérioveineuse :		
07585	grade 1	2 100,00	21
07586	grade 2	2 557,40	21
07587	grade 3	2 938,80	21
07588	grade 4	3 320,35	21
07589	grade 5	3 298,85	21
07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique	1 360,60	18
07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 792,15	18
07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 855,85	18
07834	Craniotomie de décompression avec duroplastie d'expansion pour AVC	1 133,75	18
	Lésions vasculaires cervicales		
07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne NOTE *:* Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cerveau.	1 224,70	18
	Lésions traumatiques		
07595	Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement)	1 350,95	21

NOTE : Ce service médical peut être facturé uniquement pour les traumatismes crâniens aigus, associés à des complications aiguës, dont des hématomes épiduraux aigus ou hématomes sous-duraux aigus; sont exclus les hématomes sous-duraux chroniques autant unilatéral (code 07597) que bilatéral (code 07598).

07596	avec reconstruction cranio-orbitaire dans la même séance, supplément	271,90	
----	Trépanation simple	(voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)	
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
07597	unilatérale	811,05	18
07598	bilatérale	1 224,70	18
	Liquide céphalo-rachidien		
	Dérivation interne :		
07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale	743,50	18
07613	Dérivation ventriculaire double en Y	946,05	15
07513	Programmation de la pression d'ouverture d'une valve de dérivation ventriculaire	83,25	
	Révision d'une dérivation :		
07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	649,85	12
07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	1 013,50	18
07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	472,15	10
	Autres procédures :		
07620	Endoscopie ventriculaire	952,90	18
07003	avec biopsie tumorale, supplément	229,05	
07745	avec fenestration comprenant ventriculostomie et/ou septostomie et/ou kystostomie, supplément	222,55	
07621	Torkildsen	615,95	15
07622	Installation d'un réservoir (Omaya, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	339,75	8
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
07623	unilatérale	663,60	12
07624	bilatérale	768,30	15
	Dérivation kysto-péritonéale :		
07625	supratentorielle	663,60	12
07626	infratentorielle	729,75	15
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
07627	supratentorielle	591,20	15

07628	infratentorielle	650,60	15
	Malformation congénitale cranio-encéphalique		
	Crâne		
	Craniosténose :		
07629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple	768,30	15
07630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	1 026,15	18
07631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 755,85	18
07633	Morcellation crânienne pour craniotomie multiple	895,60	15
	Méninges & Encéphale		
	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
07634	supratentorielle	1 000,00	18
07635	infratentorielle	892,85	18
07636	base du crâne	1 054,20	18
	Craniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
07637	supratentoriel	1 061,00	18
07638	infratentoriel	1 224,70	18
	Drainage d'hygroma congénital :		
07639	par trou de trépan seulement	295,20	12
07640	par craniotomie	650,60	15
07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 768,40	21
	Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :		
07642	Technique de localisation avec ou sans cadre effectuée dans une séance différente de la chirurgie (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	331,10	8
	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie:		
07652	corticale & sous-corticale	1 800,00	21
07653	thalamique et/ou des noyaux gris centraux	1 989,60	21
07746	Radiochirurgie sans cadre incluant la rencontre préopératoire effectuée le même jour, l'utilisation du logiciel de dosimétrie par le neurochirurgien avec consignation au dossier, ainsi que le suivi postopératoire immédiat	316,65	12
	Installation du cadre		
07615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	203,95	
07643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	952,90	15
07644	chirurgie stéréotaxique pour mouvements anormaux, spasticité, rigidité, douleur, épilepsie ou troubles psychiatriques, avec installation d'électrodes cérébrales permanentes, ou par lésion cérébrale, incluant le cas échéant la technique de localisation et la macrostimulation	2 052,20	21
07645	si lésions bilatérales ou implantation d'électrodes bilatérales, supplément	1 348,05	

	micro-enregistrement neuronal lors d'une chirurgie stéréotaxique pour implantation d'électrodes ou réalisation de lésions incluant la neurostimulation		
07835	unilatéral, supplément	251,90	
07836	bilatéral, supplément	503,90	
07837	implantation d'un neurostimulateur pour électrodes cérébrales permanentes	800,00	12
	exploration stéréotaxique d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation :		
07646	unilatérale	1 151,95	18
07647	bilatérale	1 632,40	18
	localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant la technique de localisation :		
07648	externe	790,40	12
07747	si traitement de deux (2) lésions ou plus à la même séance, supplément	211,10	
07649	interstitielle	1 064,05	18
07650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	1 224,70	18
07651	implantation stéréotaxique de tissu vivant incluant la technique de localisation	805,35	18
	Neurochirurgie de l'épilepsie		
07655	Exérèse corticale focale	1 224,70	21
07656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 768,40	21
07657	Lobectomie	1 633,40	21
	Callosotomie		
07658	partielle	1 531,05	21
07659	totale	1 794,35	21
07660	Hémisphérectomie	2 513,50	21
	Insertion d'électrodes		
07661	épidurales	295,20	6
07662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	113,90	
07663	au trou ovale	305,90	6
07664	sous-durales par craniotomie	1 571,00	12
07665	Transection sous-piale	1 312,30	18
07700	Utilisation per-opératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément NOTE : Ce supplément ne peut s'ajouter qu'aux codes 07655, 07656, 07657, 07658, 07659 et 07665 de la neurochirurgie de l'épilepsie.	221,80	
07004	Mise en place ou exérèse complète d'un stimulateur du nerf vague	895,10	12

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

Anastomose d'un nerf crânien :

	intracrânien		
07667	avec greffe	1 140,05	18
07668	sans greffe	1 026,15	18
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
07669	avec greffe	380,25	
07670	sans greffe	247,85	
	extracrânien :		
07671	avec greffe	1 230,10	15
07672	sans greffe	838,75	15
07673	Section du XI dans le cou	242,35	8
07674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau ou compression du ganglion de Gasser	656,25	12
07675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	1 496,50	18
07676	chirurgie cranio-encéphalique effectuée sous neuronavigation, supplément NOTE : les codes 07676, 07609, 07702, 07706, 07842 et 07817 sont mutuellement exclusifs.	241,20	
07838	Mise en place d'un implant auditif au niveau du tronc cérébral (pour neurochirurgien seulement)	2 188,90	21
	Chirurgie du nerf facial		
	Décompression :		
07600	portions mastoïdienne et tympanique	569,35	8
07601	incluant le ganglion géniculé, supplément	253,70	
07602	par fosse moyenne	888,80	18
07603	totale	1 311,10	18
07604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	246,95	
07605	anastomose, supplément	114,00	
07606	greffe incluant prise de greffon, supplément	282,50	
	Réparation :		
07607	anastomose XII - VII	857,80	18
07608	avec greffe incluant prise de greffon	1 137,30	18
	Divers		
	Craniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
07677	sous-temporale	472,35	18
07678	sous-occipitale	620,85	18
	Cranioplastie :		
07679	acrylique ou métal ou repose du volet	811,05	12
07680	avec reconstruction osseuse autogène	1 097,05	18

07682	Révision de la craniotomie faite antérieurement par un neurochirurgien pour hématome intracrânien, fistule de liquide céphalo-rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne	1 081,00	18
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
07698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	1 269,70	18
07609	chirurgie cranio-encéphalique effectuée sous neuronavigation, supplément NOTE : les codes 07609, 07702, 07706, 07842, 07817 et 07676 sont mutuellement exclusifs.	241,20	
07699	si faite par voie endonasale	489,00	15
07683	Craniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	310,30	10

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

	Lorsqu'une greffe est effectuée par le neurochirurgien, l'un ou l'autre des suppléments suivants peut être facturé :	
07839	greffe seule, supplément	314,85
	greffe avec instrumentation	
07840	2 niveaux, supplément	607,45
07704	3 niveaux, supplément	971,85
07705	4 niveaux ou plus, supplément	1 214,85
	Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation incluant la planification pré et per-opératoire donnent droit à un supplément	
07706	chirurgie spinale, supplément NOTE : Les codes 07706, 07842, 07817, 07702, 07609 et 07676 sont mutuellement exclusifs.	339,75
07842	si guidage continu bidimensionnel per-opératoire effectué par le neurochirurgien en vue d'implantation d'instrumentation spinale, supplément NOTE : Les codes 07842, 07817, 07702, 07706, 07609 et 07676 sont mutuellement exclusifs.	231,35
07707	si chirurgie de la jonction cranio-cervicale (impliquant l'occiput et C1, l'occiput et C2 ou l'occiput et C1 et C2) effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	899,05
07708	si chirurgie de la jonction lombo-sacrée effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	449,50
07748	si chirurgie de la jonction cervico-dorsale effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément NOTE : Les codes 07707, 07708 et 07748 peuvent aussi être facturés avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique.	400,75

Tumorale

Exérèse de lésion tumorale épidurale

07684	par voie postérieure	1 288,90	18
07685	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	1 360,60	18
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
07686	un à quatre métamères	1 620,80	21
07687	plus de quatre métamères	2 721,10	21
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
07688	un à quatre métamères	1 989,60	21
07689	plus de quatre métamères	3 402,25	21
07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	1 193,55	18
07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	2 651,90	21
07692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	2 721,10	21
	Dégénérative et traumatique		
07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	1 073,70	18
07701	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours), par le neurochirurgien seulement	1 122,15	18
07843	Cyphoplastie percutanée incluant, le cas échéant, l'approche bipédiculaire, l'utilisation du ballonnet, l'injection de substance de contraste, la tomodensitométrie ou la fluoroscopie, l'injection de ciment	689,45	12
	Lésions vasculaires		
07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique préopératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	987,70	18
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	2 041,55	21
07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	3 402,25	21
07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	2 041,55	21
07697	Laminectomie pour hématome épidural primaire	1 288,90	18
	Lésions infectieuses		
07713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quel que soit le nombre de niveaux	1 128,95	18
07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 507,80	18
07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	1 224,85	18

07717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 820,05	18
	Malformations congénitales du rachis & moelle épinière		
	Rachis :		
	Résection de l'odontoïde par approche transorale pour décompression du tronc cérébral et de la moelle cervicale incluant la trachéotomie		
07718	temps du neurochirurgien	1 772,30	18
07719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	499,65	
07720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	132,70	
07721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	561,00	
07722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	472,35	12
	Méninges :		
	Réparation de méningocèle cervicale :		
07723	antérieure	1 403,50	18
07724	postérieure	985,15	18
	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
07725	antérieure	1 632,40	18
07726	postérieure	955,45	18
	Réparation de méningocèle sacrée :		
07727	antérieure	1 182,15	18
07728	postérieure	845,80	15
	Réparation de méningocèle intraspinale		
07729	(kyste extradural)	1 143,80	15
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien		
07740	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	438,90	15
07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	797,90	15
	Moelle épinière et queue de cheval :		
07730	Réparation de myéloméningocèle	1 360,60	21
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
07731	un sac dural	895,55	18
07732	deux sacs duraux	1 768,40	21
07733	si libération d'une moelle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	222,25	
	Traitement de moelle ancrée :		
07734	première intervention	1 013,50	18
07735	réintervention	1 373,10	21
	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire:		

07736	par laminectomie et marsupialisation du kyste	1 224,70	21
07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	1 193,55	21
07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	1 496,50	21
07005	avec myéloscopie, supplément	234,85	
	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :		
07739	intradural	212,35	8
	Neurochirurgie fonctionnelle		
	Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :		
	rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et la foraminotomie :		
07751	une racine	857,70	15
07752	chaque racine additionnelle	61,30	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de racines additionnelles.*		
07753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	1 047,20	15
07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	95,30	
	AVIS **:** *Inscrire la durée supplémentaire de la chirurgie.*		
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
07755	une racine	734,65	12
07756	chaque racine additionnelle	148,40	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de racines additionnelles.*		
07761	traitement chirurgical du torticolis spasmodique, quelle que soit la technique utilisée, incluant, le cas échéant : la dénervation sélective d'un ou plusieurs muscles et les ramiscectomies unilatérales ou bilatérales	1 517,00	15
	Cordotomie ou myélotomie :		
07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	945,95	15
07762	tractotomie trigéminale ouverte	1 200,00	15
	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale :		
07763	cordotomie (incluant la stimulation)	468,00	10
	rhizotomie postérieure :		
07764	une ou deux racines	115,05	10
07765	trois racines ou plus	155,15	
07766	tractotomie trigéminale	496,00	15
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
07767	implantation d'électrodes par laminectomie	900,00	12
07768	implantation d'électrodes percutanées	348,00	8

07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	800,00	6
	implantation de cathéter :		
07770	percutané (PG-28)	400,00	6
07771	par laminectomie	900,00	12
07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	57,80	6
07773	Révision du neurostimulateur ou des électrodes ou révision de la pompe à perfusion ou du cathéter	394,50	7
07775	Remplissage de pompe intrarachidienne et reprogrammation	68,90	
07844	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant la visite effectuée à la même séance		
	Maximum 1 par trois mois, par patient	75,00	

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
07172	nerf majeur (PG-28)	230,05	6
07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (PG-28)	182,85	6
07790	névrome d'un nerf digital (PG-28)	148,40	6
	Sympathectomie :		
07216	cervico-dorsale, unilatérale	396,85	10
07214	périaortique	86,55	6
07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	325,55	8
07220	lombaire : unilatérale	311,70	8
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	64,30	
07208	bilatérale, supplément	88,20	
----	présacrée	(voir Gynécologie utérus et col utérin)	
07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site (PG-28)	180,40	5
07792	Neurolyse d'un nerf majeur (PG-28)	193,95	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
07772	Décompression-neurolyse du nerf cubital au coude, avec ostéotomie de l'épitrochlée humérale (PG-28)	487,65	6
07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (PG-28)	133,00	5
07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	106,20	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	178,05	5
07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	119,50	5

07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	83,10	5
	Plexus brachial		
07468	dissection sous-claviculaire	554,15	12
07469	dissection sus-claviculaire	544,95	12
07787	dissection sus et sous-claviculaire	1 097,70	15
07788	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée chaque anastomose, supplément	244,45	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'anastomoses.*		
07789	chaque greffe, supplément	405,50	
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de NOTE : En anesthésiologie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.	2 087,05	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de greffes.*		
07009	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 684,10	21
	Plexus lombo-sacré		
07010	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 754,15	21
07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	208,35	6
07473	Greffe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope, incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	775,80	12
07474	Greffe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	631,20	10
	Microanastomose de nerf périphérique		
07797	nerf majeur (PG-28)	690,20	10
07798	nerf mineur (PG-28)	436,55	8
	Greffe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
07475	nerf majeur	316,65	8
07476	nerf mineur	221,65	7
07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (PG-28)	519,15	12
07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (PG-28)	163,60	6
07799	Suture nerveuse (neurorraphie) (PG-28)	121,90	7

Divers

07011	Rhizotomie percutanée ou traitement pour lésion facettaire (excluant les blocs), toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	436,15	10
	Thermoplastie annulaire intradiscale électrothermale, toutes techniques		
07845	un niveau	523,65	10
07846	niveau additionnel (maximum un)	349,15	
	Nucléoplastie intradiscale percutanée ou décompression intradiscale percutanée sous scopie		
07847	un niveau	523,40	10
07848	niveau additionnel (maximum un)	358,25	
07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	369,45	8

T — Appareil visuel

	R = 1	R = 2

Selon la Règle 8.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie, en chirurgie plastique, les chirurgies multiples de l'Appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont rémunérées à 75 %, sauf la chirurgie principale payée à 100 %. De plus, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 % pour la chirurgie dont le tarif est le plus élevé et à 75 % pour les autres chirurgies.
Cependant, en opthalmologie, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 % pour la chirurgie dont le tarif est le plus élevé et à 50 % pour les autres chirurgies.

AVIS **:** *Pour tous les codes de facturation de la section* Appareil visuel*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit, Intervention côté gauche** *ou* **Intervention bilatérale.**

AVIS **:** *Pour les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées à la même séance, sauf pour la chirurgie principale, utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance**.

Pour la chirurgie pratiquée sur le deuxième œil, lors d'une chirurgie bilatérale, effectuée à la même séance, utiliser l'élément de contexte **Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance**.

AVIS **:** *Selon la règle 8.5 de l'*Addendum 4 – Chirurgie*, les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes sont également rémunérées à 75 %, sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence, d'un examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.*

Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente**.

Pour une situation d'urgence, un examen de tomographie optique du globe oculaire ou une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique, utiliser les éléments de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente** *et* **Soins d'urgence** *ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte* **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG ou la règle 4 du PG du Manuel SLE**.

AVIS **:** *Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte* **Site différent.**

07084	Pour tous les actes de l'onglet T, si effectués sous anesthésie générale, supplément NOTE *:* Un seul supplément par séance. Ce supplément ne s'applique pas chez un patient de 0 à 10 ans.	100,00	

GLOBE OCULAIRE

07045	Goniotomie incisionnelle (patient moins de 18 ans)	650,00	6
07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.	362,50	6
07085	Reformation d'une chambre antérieure plate post chirurgie NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.	300,00	6
	Énucléation :		
07133	simple	455,70	5
07134	avec mise en place d'implant	745,75	5
	Éviscération :		
07136	avec mise en place d'implant	745,75	5
07356	Implantation secondaire	745,75	5
07361	Réparation de bulle de filtration NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.	445,65	6

07237	Trabéculectomie ou trabéculotomie avec dissection du volet scléral, avec ou sans iridectomie, avec ou sans express shunt ou équivalent	740,00	7
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec une chirurgie non pénétrante du glaucome (codes 07086, 07087, 07088).		
07122	si fait dans un quadrant ayant eu une chirurgie conjonctivale pleine épaisseur dans le passé, supplément	124,35	
	Chirurgie non pénétrante du glaucome		
07086	avec sclérectomie profonde non pénétrante	750,00	8
07087	si canaloplastie, supplément	125,00	
07088	si sclérostomie postérieure, supplément	50,00	
	NOTE : Le code 07086 ne peut être facturé avec les codes 07237 et 07048 au même œil, à la même séance.		
07800	Mise en place d'un implant de drainage de glaucome (seton) avec ou sans greffe sclérale avec ou sans trabéculectomie excluant express shunt ou équivalent	870,00	8
07089	si fait dans un quadrant ayant eu une chirurgie conjonctivale pleine épaisseur dans le passé, supplément	124,35	
07809	Lyse de suture faite au laser dans les six mois suivant une trabéculectomie	63,00	4
07818	Suture transconjonctivale dans le traitement de l'hyperfiltration suite à une chirurgie filtrante	218,00	5
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.		
07123	Exérèse d'un implant de drainage de glaucome (seton) excluant express shunt ou équivalent, avec ou sans greffe de conjonctive	800,00	5

CORNÉE

07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	140,35	5
	Kératectomie antérieure superficielle pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
07192	impliquant l'épithélium et la membrane basale épithéliale	247,55	6
07193	impliquant la couche de Bowman ou le stroma	396,10	6
	NOTE **:** Les codes 07192 et 07193 sont mutuellement exclusifs.		
07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie, toute technique	247,55	5
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	372,90	6
07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	372,90	6
07364	Greffe de cornée	975,00	8
07096	utilisation d'un endoscope intraoculaire par fibre optique comme source d'endoillumination pour compenser l'absence de transparence du segment antérieur en établissement seulement, supplément	300,00	
07090	dissection pour DALK (kéroplastie lamellaire antérieure profonde), supplément	400,00	
07091	kératoprothèse, supplément	400,00	

07092	préparation et découpage du bouton endothélial à partir d'un greffon brut ou préparation et découpage de la membrane de Descemet pour DMEK (kératoplastie endothéliale par membrane de Descemet), supplément	200,00	
07093	greffe chez un patient de 10 ans et plus et de moins de 18 ans, supplément	200,00	
07094	Repositionnement du greffon endothélial par bulle d'air NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil.	370,00	6
07140	Implantation de prothèse intracornéenne Intacs pour le traitement du kératocône	337,10	6
07141	Kératectomie ou incisions relaxantes pour astigmatisme de plus de 3,00 dioptries mesurée au plan cornéen dans les cas suivants: - post-greffe de la cornée - post-cicatrice traumatique de la cornée - post-pathologie cornéenne - post-chirurgie cornéenne non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée	337,10	6
07095	Kératectomie effectuée par laser dans le cas d'une anisométropie de plus de 5,00 dioptries mesurée au plan cornéen entraînant un déficit fonctionnel de la vision et non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée NOTE : Une autorisation préalable de la Régie est requise. ***AVIS*** **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie*.	350,00	6
07080	Réticulation (cross linking) de la cornée aux rayons UVA pour le traitement des ectasies, des infections et des inflammations de la cornée, incluant la kératectomie	350,00	6
07074	composante technique pour kératectomie photothérapeutique en vue d'une réticulation de la cornée aux UVA lorsque effectuée en cabinet, supplément NOTE : Les majorations d'honoraires selon l'âge prévues à la règle 23 du préambule général ne s'appliquent pas au code 07074.	250,00	
07803	Curetage ou débridement de l'épithélium cornéen NOTE **:** Le code 07803 ne peut être facturé avec le code 07159 à la même séance. NOTE **:** Le code 07803 ne peut être facturé avec aucun autre acte chirurgical de la section cornée ou cristallin à la même séance.	57,30	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	57,55	4
07143	Pose de membrane amniotique pour le traitement de pathologie du segment antérieur de la cornée ou de la conjonctive	225,65	5
07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	430,90	6
07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	985,95	8

SCLÉROTIQUE

07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	440,00	5
07368	Greffe sclérale	609,25	7
07370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculectomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale	245,95	6

IRIS ET CORPS CILIAIRE

Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie

07801	réalisée en établissement	113,00	6
07097	réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet	149,00	

AVIS **:** *Voir la* Règle d'application n° 3.

Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie

07802	réalisée en établissement	134,00	5
07098	réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet	170,00	

AVIS **:** *Voir la* Règle d'application n° 3.

Chirurgie minimalement invasive du glaucome

07124	Intervention intraoculaire au niveau du canal de Schlemm ou de l'espace suprachoroidien par implantation d'un ou plusieurs tuteurs ou trabéculotomie chirurgicale (par exemple: istent ou trabectome ou semblable) NOTE : Ce code est facturable lors de l'utilisation des techniques ou instruments suivants (liste non exhaustive) : trabectome, tuteur trabéculaire, Cypass ou semblable	338,50	6
07125	Procédure filtrante ab externo ou ab interno par implantation de microtube entre la chambre antérieure et l'espace sous conjonctival (par exemple: Xen ou preserflo ou semblable)	650,00	8
07126	Trabéculotomie transluminale assistée par gonioscopie NOTE: Les codes 07124, 07125 et 07126 ne peuvent être facturés avec les actes 07237, 07045 et 07800	507,75	8
07144	Endophotocoagulation au laser du corps ciliaire pour glaucome chez enfant (< 18 ans), fait sous anesthésie générale incluant la vitrectomie antérieure, le cas échéant	394,90	6
07804	Goniosynéchialyse, incluant la gonioscopie	627,20	7
07814	Corectopie, excluant les replacements de lentilles intra-oculaires	364,65	7
07051	Sphinctérotomie	341,15	5
07052	Synéchotomie irienne (corélyse)	364,65	5

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***07814****,* ***07051*** *et* ***07052****, voir la* Règle d'application n° 3.

07169	Excision lésion irienne avec spécimen pour pathologie	528,80	5
07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	984,30	6
07137	Iridectomie périphérique ou complète	364,65	6

AVIS **:** *Voir la* Règle d'application n° 3.

07372	Iridodialyse (réparation)	513,70	5
07812	Cyclodestruction par laser, cryothérapie ou diathermie	240,30	6

CRISTALLIN

07235	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilatateur mécanique de pupille , supplément	50,60	
07099	Si insertion d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	53.40	
	Cataracte, incluant les iridectomies :		
07261	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal	325,00	
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	445,70	7
07145	Suture d'une LIO ou d'un implant intra-oculaire à la sclère, à l'iris ou à la capsule, supplément	225,65	
	Replacement d'une lentille intra-oculaire luxée :		
07263	manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	245,95	5
	Échange d'une LIO		
07138	dans les 45 jours suivant l'extraction de cataracte	445,72	7
07139	si le délai est supérieur à 45 jours suivant l'extraction de cataracte NOTE : Les codes 07138 et 07139 ne peuvent être facturés avec les codes 07227, 07228, 07244, 07261, 07263 et 07264 le même jour, dans le même oeil.	745,70	8
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	445,70	6
07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire, cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure	325,00	7
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	828,55	7
07100	Utilisation d'un endoscope intraoculaire par fibre optique comme source d'endoillumination pour compenser l'absence de transparence du segment antérieur en établissement seulement, supplément NOTE : Le code 07100 ne peut être facturé qu'avec les codes 07261, 07227 et 07228.	300,00	
	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG		
07002	réalisée en établissement	109,00	5
07104	réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet	145,00	

CORPS VITRÉ

07236	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilatateur mécanique de pupille, supplément	50,80	
07105	Si insertion d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	53,60	
07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	298,30	5
07330	Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie	314,65	6
07331	Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction	50,00	5

07332	si injection d'un implant intra-vitréen, biodégradable, par la pars plana, pour le traitement d'une pathologie du vitré, de la chroïde ou de la rétine, supplément	12,50	
07106	Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction chez un patient de moins de 6 ans en établissement seulement	175,00	5

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **07330** et **07331**, voir la Règle d'application nº 3.*

Dans le cas d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre des traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, de l'oedème maculaire causé par une occlusion veineuse, de l'oedème maculaire diabétique, de la rétinopathie du prématuré, de la myopie pathologique, du glaucome néovasculaire et de la rétinopathie diabétique néovasculaire (Lettre d'entente nº 183) (pour ophtalmologiste seulement).

Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique et injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique réalisés en clinique médicale

07035	premier oeil, supplément	66,00
07036	deuxième oeil à la même séance, supplément	25,00

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **07035** et **07036**, inscrire le code de localité de la clinique médicale.*

Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé à l'hôpital et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite en clinique médicale ou à l'hôpital

07056	pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé à l'hôpital pour l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite en clinique médicale	15,00
07057	premier oeil, supplément	36,00
07058	deuxième oeil à la même séance, supplément	25,00
07059	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé en clinique médicale et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite à l'hôpital	30,00

Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, et qui ne mène pas à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (pour ophtalmologiste seulement)

07037	réalisé en clinique médicale	30,00

AVIS **:** *Pour les code de facturation **07057**, **07058** et **07059 et 07037**, inscrire le code de localité de la clinique médicale.*

07060	réalisé à l'hôpital	15,00

NOTE *:* Selon conditions et maximum prévus à la Lettre d'entente nº 183

07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	768,65	10
07340	si biopsie d'une tumeur ou d'une infiltration choriorétinienne nécessitant la dissection d'un morceau de rétine/choroïde et envoi d'un spécimen comprenant la choroïde/rétine en pathologie spécialisée pour des fins diagnostique (ne peut être facturé lors d'une biopsie du vitré simple ou pour une rétinotomie pour décollement de rétine), supplément	250,00	

07146	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épirétiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	884,00	12
07341	si biopsie d'une tumeur ou d'une infiltration choriorétinienne nécessitant la dissection d'un morceau de rétine/choroïde et envoi d'un spécimen comprenant la choroïde/rétine en pathologie spécialisée pour des fins diagnostique (ne peut être facturé lors d'une biopsie du vitré simple ou pour une rétinotomie pour décollement de rétine), supplément	250,00	
07107	Utilisation d'un endoscope intraoculaire par fibre optique en raison d'un manque de transparence de la cornée ou pour dissection ou manipulation du corps ciliaire, de la base antérieure du vitré ou de la pars plana en établissement seulement, supplément	300,00	
	NOTE **:** Le code 07107 ne peut être facturé qu'avec les codes 07336 et 07337.		
07147	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	285,65	4
07339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	438,10	5
	NOTE : Le code 07339 ne peut être facturé pour l'injection intravitréenne de médicaments.		

RÉTINE

Réparation

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel	248,55	4
07299	profond	363,15	6
07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbone ou autre)	348,00	6
07292	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure	348,05	8
	Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intra-vitréens :		
07408	première intervention	894,95	8
07409	intervention subséquente incluant toutes techniques	994,30	10
	Diathermie ou cryothermie après ouverture conjonctivale:		
07310	tumeur	397,70	5
07313	lésion hémorragique ou vasculaire	352,50	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	745,75	8
07108	désinsertion du ou des muscles oculaires lors de la mise en place de la plaque incluant la réinsertion lors du retrait de la plaque, supplément	375,00	

07466	extraction d'une plaque de cobalt	364,65	6
	Photocoagulation au laser ou autre procédé		
07311	réalisé en établissement	237,65	5
07109	réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet	273,65	
07303	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)	775,65	8
	AVIS **:** *La facturation de l'acte codifié* ***07303*** *est permise seulement pour les médecins désignés par les parties négociantes.*		
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	256,90	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive)	397,70	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE *:* Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical	497,55	6
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	515,05	6
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	538,05	6
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	576,55	7
	Supplément pour muscle additionnel		
07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles)	176,05	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	184,50	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	192,15	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles)	207,60	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***07230****,* ***07231****,* ***07232*** *et* ***07233****, inscrire le nombre de muscles additionnels.*

NOTE : Les codes 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.

07279	Transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles	538,05	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	515,05	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	535,90	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	169,15	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	327,60	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	337,10	6
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	660,20	7
07282	tumeur	990,30	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne)	432,25	7
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale	697,80	10
07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe)	660,20	7
	Exentération simple :		
07242	sans greffe	715,80	6
07243	avec greffe	1 190,85	10
07380	Plastie du plancher de l'orbite, incluant herniation des tissus mous dans le sinus maxillaire NOTE : Ne peut être réclamé avec une réduction de fracture de l'orbite.	533,95	5
07379	Réduction de fracture de l'orbite	531,10	5

PAUPIÈRES ET SOURCILS

Chirurgie du punctum : (Voir sous le titre « Appareil lacrymal »)

Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive). (Voir sous le titre « Conjonctive »)

Incision

07065	Ouverture d'orgelet et drainage	13,50	4
07068	Ouverture et drainage d'abcès (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	53,55	4

Excision

07173	Chalazion: excision ou curetage (PG-28)	63,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
07167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28)	126,00	6
07168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil	536,55	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptôse palpébrale	209,10	4
	Néoplasme :		
07174	Excision de tumeur bénigne ou maligne, maximum 4 lésions par séance (PG-28) NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma NOTE : Le code 07174 ne peut être utilisé lorsque la lésion se situe à plus de 1 cm de la marge ciliaire. Pour les lésions situées à plus de 1 cm de la marge ciliaire, utiliser les codes à la section face, cou et organes génitaux de l'onglet peau - phanères - tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses.	45,55	5

07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28)	427,00	6
07420	Réparation du canthus interne ou externe	363,15	5
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	437,30	5
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	762,35	8
07467	Séparation des paupières post-tarsorraphie ou blépharorraphie	57,30	5
	Ectropion ou entropion :		
07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	363,15	6
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	528,15	6
07813	cautérisation (incluant l'examen)	57,30	
	Réparation		
07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure	427,00	6
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28)	874,80	8
07149	Excision du surplus cutané de la paupière supérieure pour troubles fonctionnels documentés (PG-28) NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service. ***AVIS*** **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*	252,85	6
	Ptose :		
07394	suspension au frontal	602,40	6
07385	fasanella ou autre technique	247,55	6
07395	résection du releveur (PG-28)	503,40	6
07396	réintervention	594,20	7
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	255,90	6
	Lacération de la paupière :		
07386	n'intéressant pas le bord libre (PG-28)	198,10	4
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	478,70	6
07403	Tarsorraphie (PG-28)	239,35	6

CILS

07418	Électrolyse ou cryothérapie	57,30	5
	Trichiasis localisé :		
07402	opération par résection sectorielle réquérant la reconstruction du rebord de la paupière	310,25	5
07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	497,20	5

CONJONCTIVE

07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	57,55	4
	Excision de tumeur :		
07175	bénigne ou kyste ou conjonctivo-chalazis	57,30	5
07179	maligne, excision simple	292,15	6
07180	maligne, excision avec greffe	579,20	6
07405	Plastie conjonctivale avec greffe	381,10	6
07406	Symblépharon ou ankyloblépharon, technique simple	112,85	4
	Symblépharon :		
07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	363,15	5
07407	excision avec greffe	514,85	7
	Réparation de plaie traumatique :		
07433	suture simple de la conjonctive	57,30	5
07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	399,70	6
07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	218,80	6

APPAREIL LACRYMAL

07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	123,85	4
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	128,75	4
07252	Dacryocystectomie	602,40	6
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	759,25	8
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	107,75	4
07054	ectropion	107,75	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
07306	un oeil ou deux yeux	35,05	4
07151	Implantation d'un clou méatique (maximum 4 par patient, par jour)	44,95	4
07319	Intubation du canal lacrymal	181,60	4
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	107,30	5
07458	Réparation des canalicules sectionnés	602,40	5
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorraphie (avec ou sans insertion de tube)	595,55	7
07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	716,90	7
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	723,40	6
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	47,20	5
07460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	686,55	7

CORPS ÉTRANGER

Extraction d'un corps étranger :

intra-oculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée) :

07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique)	513,70	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	**magnétique**	615,65	7
07153	**non magnétique**	748,00	6
07159	cornéen	57,30	4
	NOTE : Le code 07159 ne peut être facturé avec le code 07803 à la même séance.		
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	742,75	6
	conjonctival		
07204	réalisée en établissement	10,00	5
07115	réalisée en cabinet privé	15,00	
	NOTE : Les codes 07204 et 07115 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.		

TRAUMATISME OCULAIRE

07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire dans le but d'éliminer une perforation oculaire, sous anesthésie générale	561,55	6
	NOTE : Le code 07461 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même oeil, à la même séance		
	AVIS **:** *Voir la* Règle d'application nº 3.		
07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique, ou les deux	688,25	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère	820,70	6
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristalliennes et/ou de vitré	946,35	10
07456	Cantholyse	137,65	4
	NOTE : Le code 07456 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même oeil, à la même séance.		

U — Appareil auditif

AVIS **:** *Pour tous les codes de facturation de la section* Appareil auditif*, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

AVIS **:** *Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

OREILLE EXTERNE

		R = 1	R = 2
	Incision		
07075	Hématome	59,30	5
07076	Abcès du conduit	59,30	5
07073	si fait sous anesthésie générale, supplément	175,00	
	Excision		
07150	Fistule préauriculaire (PG-28)	292,10	6
	Kyste :		
-----	préauriculaire	(voir système digestif)	
-----	du lobule	(voir peau et phanères)	
07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	447,90	4
07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	350,55	7
07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) (PG-28)	35,05	4
07198	Résection partielle en pointe du pavillon de l'oreille pour pathologie, incluant peau et cartilage	116,85	4
07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	288,15	5
	Réparation		
07424	Prominauris unilatéral chez une personne de moins de 18 ans (PG-28)	277,05	5
07443	Révision, unilatérale chez une personne de moins de 18 ans	292,10	5

	Otoplastie, reconstruction du pavillon :		
	absence totale		
07412	1er temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (PG-28)	1 563,70	12
07415	2e temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	554,15	4
07417	3e temps : reconstruction du lobule	426,70	4
	NOTE : Lorsque le 2e temps ou le 3e temps est effectué à la même séance que le 1er temps, supplément 105,55 $ par temps.		
	AVIS **:** *Si le 2e temps est effectué à la même séance que le 1er temps, inscrire le code de facturation* ***07431***.		
	Si le 3e temps est effectué à la même séance que le 1er temps, inscrire le code de facturation ***07432***.		
----	4e temps : greffe cutanée	**(Voir greffes libres)**	
07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	584,25	7

OREILLE MOYENNE

Incision

	Myringotomie :		
07077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale (PG-28)	81,80	4
07083	Tube d'aération à long terme avec création d'un lambeau tympanoméatal non associé à un autre acte chirurgical à la même oreille au cours de la même séance opératoire	223,40	5
07078	Paracentèse unilatérale (PG-28)	39,70	4
07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier (PG-28)	223,40	6
07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	323,50	6

Excision

07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non) inclus dans la prestation de la visite ou de l'acte associé		4
07187	Polype de l'oreille moyenne	35,05	4
	Mastoïdectomie :		
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	438,20	5
07259	radicale ou radicale modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	876,40	6
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :		
07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	358,30	6

07489	avec moulage du mur du nerf facial NOTE : Les codes 07488 et 07489 ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.	1 045,05	6
07302	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope (PG-28)	35,05	5
07257	Stapédectomie (PG-28)	537,45	8
07273	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	
07270	Reprise (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	584,25	8
07274	utilisation du laser sous anesthésie générale, supplément	100,00	
	Réparation		
07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tympan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire	58,60	4
07449	Myringoplastie simple	238,85	5
07450	Tympanoplastie (PG-28)	447,90	6
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	584,25	7
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	67,55	
	Masto-tympanoplastie		
07491	sans reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoïdectomie radicale modifiée (PG-28)	876,40	6
07437	avec reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoïdectomie radicale modifiée (PG-28)	1 045,05	6
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	66,05	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	1 194,35	10
07438	Oblitération de cavité mastoïde incluant la reconstruction du conduit auditif externe, le cas échéant	597,20	6
07439	Fenestration du canal semi-circulaire externe	584,25	6
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	292,10	5
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	447,90	7
07494	Insertion de prothèse à ancrage osseux	424,75	6
07495	Implantation cochléaire à monoélectrode ou canaux multiples incluant la pose de récepteur, unilatérale, dans un établissement autorisé par le ministre	955,50	18

AVIS **:** *La liste des installations désignées est disponible à la page* Listes de désignations et listes de garde.

OREILLE INTERNE

07127	Les chirurgies fonctionnelles endoscopiques de la base du crâne peuvent donner ouverture à un supplément peropératoire dans les pathologies suivantes : -Présence d'une anatomie de la base du crâne perturbée soit d'origine développementale, postopératoire ou traumatique -Pathologie inflammatoire impliquant la base du crâne, l'orbite, le nerf optique ou l'artère carotide -Chirurgies réalisées pour rhinorrhée de liquide céphalo-rachidien ou pour condition pathologique impliquant un déficit osseux de la base du crâne -Tumeur bénigne ou maligne de la base du crâne lorsque les chirurgies sont effectuées par une technique guidée par informatique (CGI), supplément	179,15	
	Excision		
07251	Exérèse de tumeur de la base du crâne ou de l'angle ponto-cérébelleux, en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant	1 194,35	15
07241	Neurectomie vestibulaire par approche translabyrinthique	955,50	8
07229	Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure	538,60	12
	Oblitération d'un canal semi-circulaire		
07222	canal postérieur ou horizontal par voie mastoïdienne	584,25	7
07223	canal supérieur par fosse moyenne	1 488,25	12
	Exérèse de tumeur glomique		
07287	approche tympanique	584,25	7
07288	approche mastoïdienne, supplément	350,55	
07289	approche mastoïdienne, foramen jugulaire et cou, supplément	1 055,50	5
07266	Temporalectomie	1 168,55	12
07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	430,65	7
07258	Traitement médical par injection transtympanique NOTE : Le code 07258 ne peut être facturé avec les codes 07077 et 07078.	87,65	
	Labyrinthectomie chirurgicale		
07268	par oreille moyenne	395,80	7
07269	par voie transmastoïdienne	525,85	7
07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	332,50	6
	Introduction		
07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale	250,15	6
	Réparation		
07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	548,85	8
07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	597,20	6
07481	Cochléo-sacculotomie	419,60	7

V — Radiologie diagnostique

Voir l'onglet *H - Radiologie diagnostique* du *Manuel des services de laboratoire en établissement*.