

**MANUEL
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
(n° 150)**

*Régie de
l'assurance maladie*

Québec 

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

Coordination

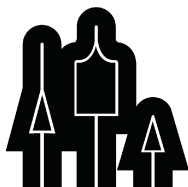
Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Centre d'information et d'assistance aux professionnels

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN 978-2-550-48510-0



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 91
Septembre 2016

Veuillez conserver ces pages pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans l'infolettre suivante :

- n° 127 du 21 juillet 2016

MODIFICATION 77, en vigueur aux dates indiquées et modifications administratives

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modifications administratives

Page : 48

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des messages explicatifs 688, 921 et 964
- Modifications des messages explicatifs 479 et 480

Pages : 17, 27, 38 et 39

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modifications à la règle 34.5 - **prise d'effet le 1^{er} janvier 2014**
- Ajouts des règles 36 à 40 - **prise d'effet le 10 décembre 2015**

Pages : A-30 à A-33

- Modifications administratives

Pages : A-1, A-2, A-31 à A-33

B - TARIFICATION DES VISITES

- Abolition des codes 15194, 15195, 15197, 15296 et sa note, 15294, 15295 et 15297, 15199, 15298 - **prise d'effet le 9 mai 2016**
- Ajout des codes 17000 à 17006 - **prise d'effet le 10 décembre 2015**
- Modifications à la note sous le code 15406 - **prise d'effet le 1^{er} janvier 2014**
- Abolition des codes 15196, 15517, 15198, 15527 et modifications aux notes sous 15516 et 15526 - **prise d'effet le 10 novembre 2015**
- Modifications tarifaires
Pages : Veuillez voir les indicateurs de correction +, D, S et T.
- Modifications administratives
Pages : Veuillez voir les indicateurs de correction S et #.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Modifications au libellé du 20116 et ajout du code 00103
- **prise d'effet le 13 mai 2013**
- Ajout d'une note sous le titre *D - Procréation assistée* ainsi que des codes 20080 et 20175 - **prise d'effet le 10 novembre 2015**
Pages : C-10, C-11 et C-95

D - ANESTHÉSIOLOGIE

- Ajout d'une deuxième note sous 00911, ainsi que la modification et l'ajout d'un astérisque aux unités du service médical 41038
- **prise d'effet le 1^{er} décembre 2015**
- Modifications au mot anesthésie
- **prise d'effet à la date de signature de la Modification 77, soit le 5 juillet 2016**
Pages : D-11 et D-19

N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE

- Ajout des notes sous 06082 et 06083 - **prise d'effet le 10 novembre 2015**
Pages : N-5 et N-6

P - GYNÉCOLOGIE

- Modifications à la règle 10 et ajouts des règles 11 et 12
- **prise d'effet le 10 novembre 2015**
- Abrogation de la règle 12 - **prise d'effet le 9 mai 2016**
Pages : P-4 à P-8
- Modifications administratives
Pages : P-1, P-4 à P-8

Q - OBSTÉTRIQUE

- Modifications à la règle 10 et ajouts des règles 11 et 12
- **prise d'effet le 10 novembre 2015**
- Abrogation de la règle 12 et retrait des codes 06085 et 06086
- **prise d'effet le 9 mai 2016**
- Ajout et modification des notes sous les codes 06904 et 06905
- **prise d'effet le 1^{er} mai 2009**
- Ajout des codes 06975, 06976, 06977, 06978, 06993, 06994, 06995 et les modifications à la page Q-13 - **prise d'effet le 10 novembre 2015**, à l'exception du tarif en cabinet du service médical codé 06976, lequel est fixé à 2 090 \$ pour la période du 10 novembre 2015 au 4 février 2016 et à 1 740 \$ à compter du 5 février 2016
Pages : Q-4 à Q-17
- Modifications administratives
Pages : Q-1, Q-5 à Q-8, Q-13 et Q-16

S - SYSTÈME NERVEUX

- Ajout d'une note sous le code 07000 - **prise d'effet le 1^{er} juin 2016**
Page : S-4

T - VISUEL

- Modification tarifaire du code 07331 - **prise d'effet le 1^{er} juillet 2016**
Page : T-7
- Modifications administratives
Page : T-4

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Modifications à l'article 2.1 du *Protocole concernant la radiologie diagnostique*
- **prise d'effet à la date de signature de la Modification 77, soit le 5 juillet 2016**
Page : V-9

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # : Modification ou ajout de contenu administratif
 - + : Modification ou ajout de texte officiel, ou du libellé et du tarif de l'acte
 - D : Modification du libellé de l'acte ou du texte officiel qui contient un tarif non modifié
 - T : Modification du tarif
 - S : Suppression de contenu administratif ou officiel

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

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INTRODUCTION

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

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

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

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

Site Web de la Régie : Pour être mieux informés

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

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

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

COMMUNICATION AVEC LA RÉGIE

Par le site Web :

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

Par courrier électronique :

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

Par téléphone :

- Québec : 418 643-8210
- Montréal : 514 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : 418 646-9251 (pour les commandes de formulaires ou de manuels)

Par la poste :

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

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ

MAJ = mise à jour

XX = numéro séquentiel de la mise à jour sur le site Web ou papier

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

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

- **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout ou correction d'un avis, nouvelle présentation ou décalage de page, etc.);
- **00** signifie une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente ou d'un nouveau décret ou règlement;
- **tout autre chiffre** indique que des modifications ont été apportées en fonction de la modification relative à l'Accord-cadre.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR.....	1
2. ACCORD-CADRE : Voir Brochure n° 1	
3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT.....	1
4. PAIEMENT	1
5. MESSAGES EXPLICATIFS	1
6. MESURES INCITATIVES : Voir Brochure n° 3	
7. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS	1
# PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS.....	16
8. DISPOSITIONS TARIFAIRES.....	1
- A - Préambule général - B - Tarification des visites - C - Procédés diagnostiques et thérapeutiques - D - Addendum 8 - Anesthésiologie - E - Addendum 4 - Chirurgie - Addendum 7 - Microchirurgie - F - Peau-phanères, tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses - G - Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique - H - Système respiratoire - J - Système cardiaque - K - Systèmes lymphatique et hématopoïétique - L - Système digestif - M - Appareil urinaire - N - Appareil génital mâle - P - Addendum 6 - Gynécologie - Q - Addendum 6 - Obstétrique - R - Appareil glandulaire - S - Système nerveux - T - Appareil visuel - U - Appareil auditif - V - Addendum 4 - Radiologie diagnostique	
9. MANUELS ET FORMULAIRES	

INDEX

Page

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR.....	2
ANNEXE 23	
Article 1 : Dispositions générales	2
Article 2 : Territoires désignés	3
Article 3 : Frais maximaux	4
1.1 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS.....	5
1.2 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ...	7
1.3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (formulaire n° 1988)	9
1.3.1 Description du formulaire	10

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

En vertu de l'Accord-cadre du 1^{er} octobre 1995, les dispositions relatives au déplacement sont regroupées à l'annexe 23 de l'Entente.

La présente section du *Manuel des médecins spécialistes* comporte deux parties :

1. le texte intégral de l'annexe 23;
2. les instructions de facturation qui s'y rapportent.

AVIS : Pour trouver des exemples, des précisions reliées au type de moyen de transport utilisé, etc., nous vous invitons à consulter le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Frais de déplacement](#) de l'onglet Facturation.

ANNEXE 23.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

ARTICLE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Celui auquel un centre hospitalier fait appel comme consultant, est remboursé par la Régie de ses frais de déplacement.

L'indemnité est de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

1.2 Les frais de séjour d'un consultant sont remboursés par le centre hospitalier.

T **1.3** S'ajoute une indemnité de 109 \$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

- a) d'un médecin psychiatre qui est consultant dans un établissement mentionné en annexe;
- b) d'un médecin spécialiste qui doit se déplacer pour faire un prélèvement d'organes, en préparation d'une greffe.

AVIS : Dans le cas de prélèvement d'organes, utiliser le code d'acte **09993** pour facturer l'indemnité de 109 \$ l'heure pour le temps de déplacement.

- c) d'un médecin spécialiste qui se déplace pour dispenser des soins dans une discipline et un établissement visés aux lettres d'entente n^{os} 102 ou 112, à moins que cet établissement ne soit déjà visé par l'article 2.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) pour facturer le temps de déplacement avec le code de forfait de l'une des deux lettres d'entente.

AVIS : Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce dans le cadre de la Lettre d'entente n^o 157 auprès d'un établissement visé par le mécanisme de remplacement et de support a également droit à l'indemnité prévue pour le temps de déplacement **peu importe le territoire où est situé cet établissement.**

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

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

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

ARTICLE 2. TERRITOIRES DÉSIGNÉS

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

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

Il présente les pièces justificatives.

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

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

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

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

a) Transport aérien ou ferroviaire

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

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

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

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

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

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

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

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

ARTICLE 3. FRAIS MAXIMAUX

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

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

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

Région 02

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

Région 03

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

Région 04

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

Région 05

- CSSS du Granit

Région 07

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

Région 08

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

Région 09

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

Région 11

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

Région 12

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

Région 14

- Centre hospitalier régional De Lanaudière

Région 15

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

1.2 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

1.2.1 EN TERRITOIRE NON DÉSIGNÉ

Dispositions générales

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

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

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

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

1.2.2 EN TERRITOIRE DÉSIGNÉ

1. Dispositions particulières

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

2. Déplacement (frais de transport)

Véhicule personnel : 0,86 \$ par kilomètre.

AVIS : *Suivre la procédure décrite précédemment.*

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

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

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

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

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

3. Temps de déplacement

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

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

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

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

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

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988-0

IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement.

Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement 1200 ou le 1606 pour le mode SLE.

Professionnel

Professionnel		
PRENOM	NOM	N° DU PROFESSIONNEL

Déplacement

CODE POSTAL DU LIEU DE DÉPART		DATE			HEURE
		ANNÉE	MOIS	JOUR	

CODE POSTAL D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	DATE ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ		NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT	

VOTRE PROFESSION

☐ Dentiste
☐ Médecin omnipraticien
☐ Médecin spécialiste

MODE DE RÉMUNÉRATION

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

#

Frais de déplacement

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

[illegible]

Renseignements complémentaires

[illegible]

Signature du professionnel

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

À L'USAGE DE LA RÉGIE

1988 292 15/08

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

1.3.1 Description du formulaire

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

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

2. CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION :

indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération

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

FRAIS DE DÉPLACEMENT :

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

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

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

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

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

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

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

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

Remarque :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDEX

Page

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (formulaire 1200)

3.0 AVANT-PROPOS

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

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

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

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

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections :

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

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

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

3.2.1 SECTION 1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

[illegible]

Cette section est conçue pour recevoir, outre l'adresse de la personne assurée, tous les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie. Elle comporte les cases suivantes :

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

3.2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

3.2.1.3 Modèles de carte

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

a) AVEC PHOTO et SIGNATURE



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

b) SANS PHOTO et SANS SIGNATURE

1)



2)



Cette carte est émise dans les cas suivants :

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

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

d) **AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE**



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

3.2.1.4 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE

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

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

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

2- Vérification de la date d'expiration

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

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

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

La personne doit défrayer les honoraires au professionnel de la santé. Ce dernier remplit la partie le concernant du formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (n° 1800) et le remet à la personne assurée qui le complète et le fait parvenir à la Régie (voir la section 3.4 de cet onglet).

LA PERSONNE ASSURÉE NE PEUT PRÉSENTER SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE**1- Lorsqu'il s'agit d'une circonstance ou d'un cas suivants :**

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

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

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse);
 - **Exception** : si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire un astérisque (*) suivi du nom de famille dans la case *PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE*. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée.**
- **toujours** inscrire la lettre « C » dans la case C.S. (**même s'il s'agit d'un cas d'urgence**);
- inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ou, à défaut de ne pouvoir fournir ce renseignement, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;
- **ne rien inscrire** dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE* (**ne jamais utiliser** le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans cette case).

Naissances multiples :

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

b) La personne assurée est dans un état requérant des soins urgents

- inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire le numéro d'assurance sociale, si disponible, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S. (**SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**).

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9), à l'annexe IV du présent onglet, sous-section II, Système de codification des établissements

- inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

d) La personne assurée est âgée de 14 ans ou plus et de moins de 18 ans et reçoit des services assurés sans l'autorisation parentale

- inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire la lettre « **C** » dans la case C.S.

e) Personne en provenance d'un pays étranger soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans le programme confié à la Régie par le MSSS

- vérifier si la personne détient une lettre de la Régie confirmant la date de début de son admissibilité à des services gratuits ainsi que son numéro d'assurance maladie;
- inscrire la lettre « **J** » dans la case C.S.

En l'absence de la lettre de la Régie, la personne doit payer elle-même les honoraires que le professionnel lui remboursera lorsqu'elle pourra lui présenter sa preuve d'assujettissement au délai de carence (**ne pas remettre** de formulaire *Demande de remboursement à la personne assurée* (1800)).

f) La personne fait l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental et ne peut pas présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service

- inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, date de naissance et sexe de l'accusé);
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

g) *Service professionnel à la demande du coroner*

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

S

2- Dans tous les autres cas :

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

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

Voir la section 3.2.4.2 sous le présent onglet.

3.2.2 SECTION 2 MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS

0000 ■■■■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

PRÉNOM ET NOM
À LA NAISSANCE

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

DATE DE
NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR SEXE

ADRESSE

ANNÉE MOIS JOUR

EXPIRATION
DE LA CARTE

CODE POSTAL

ACTES

ANNÉE MOIS JOUR

CODE

N. MOD. UNITES HONORAIRES

INT. NOM DU MÉDECIN

NUMÉRO

GROUPE

R UNTEL 1891231

DATE DE L'ACCIDENT

ANNÉE MOIS JOUR

C.B. DISTANCE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

SON NUMÉRO

ANNÉE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL

CODE

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE

ANNÉE MOIS JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

Cette identification comporte les éléments suivants :

- INITIALE : du prénom usuel;
- NOM DU MÉDECIN : le nom de famille;
- NUMÉRO : le numéro d'inscription à la Régie;
- GROUPE : le numéro de groupe est un numéro de compte administratif attribué par la Régie pour permettre au médecin spécialiste de recevoir ses paiements et états de compte séparément de ses paiements et états de compte personnels.

Le médecin qui désire obtenir un numéro de compte administratif ou s'inscrire à un compte existant doit en faire la demande en remplissant le formulaire *Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe ou en société n° 3006*. Il ne doit utiliser ce numéro sur ses demandes de paiement qu'après avoir reçu un avis de la Régie confirmant qu'il y est enregistré.

L'identification du médecin ne doit comporter aucune erreur.

Remarque : Le numéro d'inscription est composé de sept chiffres, celui du compte administratif est composé de quatre chiffres.

3.2.3 SECTION 3 PROFESSIONNEL AYANT REQUIS DES SERVICES D'UN MÉDECIN

- Consultation, transfert, examen radiologique, etc.

Tous les examens de radiologie exigent l'identification du médecin, du dentiste ou de l'infirmière praticienne spécialisée qui a demandé les services.

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

09/99

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292

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

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR SEXE

ADRESSE

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

R. Durand

SON NUMÉRO

1,7,9,7,3,5

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE L'ACCIDENT

ANNÉE MOIS JOUR

ACTES

MOD. UNITES HONORAIRES

VISITES

CODE NUMÉRO

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL

ÉTABLISSEMENT

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

Cette partie comporte les éléments suivants :

- **PROFESSIONNEL RÉFÉRANT** : l'initiale du prénom, le nom au complet du médecin, du dentiste, de la sage-femme, de l'optométriste ou de l'infirmière praticienne spécialisée qui a requis le service;

SON NUMÉRO : le numéro d'inscription (six chiffres) à la Régie du médecin, du dentiste, de la sage-femme, de l'optométriste ou de l'infirmière praticienne spécialisée qui a demandé des services.

Lorsque le professionnel ayant demandé la consultation n'est pas du Québec, inscrire ses nom et prénom(s) dans la case **PROFESSIONNEL RÉFÉRANT** et dans la case **SON NUMÉRO**, le numéro 111111, si le professionnel est un médecin, 211111, si le professionnel est un dentiste, 311111, si le professionnel est un optométriste ou de l'infirmière praticienne spécialisée 81XXXX qui a demandé des services.

3.2.4 SECTION 4 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 9999

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

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE
ANNÉE MOIS JOUR

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CODE DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL 5742

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

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

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

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

3.2.4.1 Document complémentaire (formulaire 1944)

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

▼ ▼

⑧

SPÉCIMEN

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

1944 292 15/04

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

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

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

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

3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs

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

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

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

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

3.2.5 SECTION 5 ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Facturation d'un acte de radiologie ou d'une électrocardiographie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique :

- inscrire le code d'établissement où l'**interprétation a été faite**;
- inscrire la date de l'interprétation comme date de service;
- facturer les honoraires au taux de l'établissement où l'**interprétation a été faite**⁽¹⁾;
- inscrire un « **A** » dans la case C.S.;
- indiquer le lieu où la **technique a été faite** dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

Code de localité : Celui-ci est requis dans tous les cas où les services sont fournis ailleurs qu'en établissement. Les codes de localité figurent à la partie *Rémunération différente - Liste des localités*, sous le présent onglet.

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

DATE D'ENTRÉE : inscrire la date d'entrée à l'établissement (année, mois, jour) si la personne assurée est admise.

DATE DE SORTIE : inscrire la date de sortie de l'établissement (année, mois, jour) s'il y a lieu.

Remarque : (1) Si le médecin n'a pas le même mode de rémunération dans les deux établissements, il doit facturer son service selon le mode prévalant dans celui où l'interprétation a été faite.

3.2.6 SECTION 6 FACTURATION DES ACTES

Les actes autres que les examens ou les consultations pour lesquels le médecin demande des honoraires figurent dans cette section.

Cependant, les codes de visites ou de consultations pour lesquels s'applique un modificateur (règle 14 - préambule général) doivent être inscrits dans cette section.

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION DE LA CARTE CODE POSTAL

ANNÉE MOIS JOUR P.H. CODE ACTES R. MOD. UNITES HONORAIRES

1,5 0,4 0,1 05269 1 649 25

1,5 0,4 0,1 01215 1 0 5 0 24'60

ADRESSE

INIT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

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

PROFESSEUR RÉFÉRANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CODE DU DIAGNOSTIC

SPÉCIMEN EXEMPLAIRE DU MÉDECIN TOTAL 673.85

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

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

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de minuit à 7 h (nuit)	1
de 7 h à 12 h (a. m.)	2
de 12 h à 17 h (p. m.)	3
de 17 h à minuit (soir)	4

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

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

- CODE : le code de l'acte (cinq chiffres) correspondant à la nomenclature des actes du tarif;
- R : rôle (un chiffre) approprié à chacun des actes réclamés : la liste des rôles figure à l'annexe I;
- MOD : le modificateur (trois chiffres) : la liste des modificateurs figure à l'annexe II;

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

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

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

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

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

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

- le numéro de contrôle externe (NCE) de la première demande dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- la lettre « Q » dans la case C.S.

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

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

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

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

3.2.6.1 SECTION 6 Exemple de facturation d'une anesthésie

GÉNÉRALITÉS :

L'heure du début et celle de la fin de l'anesthésie doivent figurer dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

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

DURÉE :

Voir la règle 4.3 de l'addendum 8 de l'onglet *D - Anesthésiologie*.

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

À partir de la 20^e période, on calcule trois unités par période.

#

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0999

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNÉE	MOIS	JOUR	PH	CODE	ACTES	RE	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES	
				1	5	1	2	0	3	05269	2	0	16	268,48

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

EXPIRATION DE LA CARTE

CODE POSTAL

ADRESSE

RIT. NOM DU MÉDECIN

NUMÉRO

GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT

ANNÉE | MOIS | JOUR

C.E. DESTINÉE

PROFESSIONNEL REFERANT

SON NUMÉRO

ANNÉE | MOIS | JOUR

VISITES

CODE

NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

Début : 9 h 30

Fin : 11 h 45

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 268,48

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE

ANNÉE | MOIS | JOUR

DATE DE SORTIE

ANNÉE | MOIS | JOUR

CALCUL DES UNITÉS

Code **05269** = 6 unités de base

Durée :

(9 h 30 à 11 h 45) = 9 quarts d'heure ou 10 unités de durée

Total des unités = 10 unités de durée + 6 unités de base = 16 unités

Honoraires = 16 X 16,78 \$ = 268,48 \$

Remarque : Pour le calcul des unités de durée, voir le *Tableau de correspondance* figurant à la fin de l'onglet *D - Anesthésiologie*.

3.2.6.2 SECTION 6 Anesthésiologiste collaborateur (R=3)

Addendum 8 - règle 8

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ANNEE MOIS JOUR JRS CODE ACTES	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION DE LA CARTE		ANNEE MOIS JOUR JRS UNITÉS HONORAIRES	
ADRESSE		CODE POSTAL		1 5 1 2 0 3 05130 3 0 2 2 234,92	
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFESSIONNEL REFERANT		SON NUMÉRO		ANNEE MOIS JOUR VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE L'ACCIDENT	
Début : 9 h 30		Fin : 11 h 45		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN	
				TOTAL 234,92	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR		ANNEE MOIS JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

Inscrire l'heure de début et de fin de l'anesthésie dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.

CALCUL DES UNITÉS

Code **05130** = 12 unités de base

Durée :

(9 h 30 à 11 h 45) = 9 quarts d'heure ou 10 unités de durée

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

Nombre d'unités = 10 unités de durée + 12 unités de base = 22 unités (à inscrire dans la case *UNITÉS*).

Total des unités pour le calcul des honoraires = 10 unités de durée + 4 unités de base = 14 unités.

Honoraires = 14 X 16,78 \$ = 234,92 \$.

Remarque : Pour le calcul des unités de durée, voir le *Tableau de correspondance* figurant à la fin de l'onglet *D - Anesthésiologie*.

3.2.6.3 SECTION 6 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention
(MOD=037)

Example 1

[illegible]

Le modificateur 037 s'applique seulement sur les unités de durée. On calcule donc les unités de durée en soustrayant les unités du prédécesseur aux unités totales.

CALCUL DES UNITÉS

Unités de durée totales (9 h 30 à 11 h 45) = 9 quarts d'heure ou 10 unités de durée

Unités du prédécesseur (9 h 30 à 10 h 45) = 5 unités de durée

Unités du remplaçant (10 h 45 à 11 h 45) = 10 unités totales - 5 unités du prédécesseur = 5 unités (5 X 16,78 \$ = 83,90 \$).

Le remplaçant doit inscrire le modificateur **037**.

Si plus d'un modificateur s'applique pour un même acte, inscrire le modificateur **099** et calculer les honoraires selon les règles de préambule qui motivent l'utilisation de ces modificateurs et indiquer les modificateurs visés à la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

Exemple 2

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

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE
ANNÉE I MOIS I JOUR I SEXE I

EXPIRATION DE LA CARTE
CODE POSTAL

1 5 1 2 0 3 2 0 5 4 3 5 2 0 3 7 0 0 8 120,82

1 5 1 2 0 3 3 0 5 4 3 5 3 5 5 7 0 2 9 437,96

1 5 1 2 0 3 3 0 5 4 3 5 3 8 5 7 0 2 1 454,57

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES

PROFESSIONNEL REFERANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

Début : 9 h 00
Fin : 16 h 45
Remplacement à 11 h 00

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL 1 013,35

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

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

CALCUL DES UNITÉS

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

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

Unités du remplaçant calculés comme suit :

Unités de la 1^{re} période (11 h 00 à 12 h 00) :

MOD 037

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

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

(8 x 16,78) x 0,90 (90 % RMX) = 120,82 \$

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

MOD 557 = 037 + 116

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

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

(29 x 16,78) x 0,90 (90 % RMX) = 437,96 \$

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

MOD 857 = 037 + 116 + 919

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

(21 x 16,78) x 1,29 (MOD 857 + 100 % RMX) = 454,57 \$

Exemple 3

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

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE		EXPIRATION DE LA CARTE		ANNÉE MOIS JOUR	
ADRESSE		CODE POSTAL		ANNÉE MOIS JOUR	
INIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		VISITES	
Début : 16 h 15		Fin : 20 h 30		TOTAL	
Remplacement à 17 h 00		MOD 099 = 037 + 090		580,42	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 09-99

SPÉCIMEN EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

CALCUL DES UNITÉS

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

Unités du remplaçant calculés comme suit :

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie et règle 12 de l'addendum 8 (règles 14.3 et 14.5 - préambule général)

GÉNÉRALITÉS :

- 1- Les services en urgence se facturent dans la section Actes.
- 2- Dans tous les cas, il faut inscrire l'heure de début et celle de la fin du service rendu dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 3- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
- 4- Inscrire le modificateur approprié dans la case *MOD*.

Le tableau qui suit donne deux listes de modificateurs à employer selon le moment du jour ou de la semaine. Il se peut qu'une anesthésie chevauche deux ou trois périodes de majorations différentes.

La colonne de modificateurs *Début de l'opération* donne la liste des modificateurs à utiliser en début d'anesthésie. Si celle-ci se prolonge au moment où la majoration est différente ou encore sans majoration, il faut utiliser un des modificateurs de la deuxième colonne *Suite de l'opération* (voir les exemples dans les pages suivantes).

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

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

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

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

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

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

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

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

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur **018, 017** ou **019**, référer à l'annexe II sous le titre *Modificateurs multiples et autres situations* pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

Les modificateurs **090, 091, 092** et **098** ne s'appliquent que sur des unités de durée.

Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la *Brochure n^o 5*.

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

Exemples de facturation des soins d'urgence en anesthésiologie

EXEMPLE 1

Anesthésie débutant et finissant durant la même période de majoration

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNEE MOIS JOUR PH CODE	
DATE DE NAISSANCE				1 5 1 2 0 3 05455	
ADRESSE				2 0 1 7 0 2 1	
ANNEE MOIS JOUR SEXE				880,95	
CODE POSTAL					
RIT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE	
Début : 3 h				TOTAL 880,95	
Fin : 6 h					
ÉTABLISSEMENT		DATE DE SORTIE		JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS	
CODE		ANNEE MOIS JOUR		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	
0 2 1 3 3		1 5 1 2 0 2			

SPÉCIMEN EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

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

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05455 = 5 unités de base

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXAMPLE 2

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

(MOD = 090, suite de l'opération)

0000 ■■■■		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE									
Régie de l'assurance maladie Québec											
PHÉNOMÈNE ET NOM À LA NAISSANCE _____ NOM DE L'ÉPOUX(ES) OU DU SÉQUENTIEL DE LA CARTE _____											
DATE DE NAISSANCE _____ ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE _____ EXPIRATION DE LA CARTE _____ CODE POSTAL _____											
ADRESSE _____											
INT. NOM DU MÉDECIN _____ NUMÉRO _____ GROUPE _____ DATE DE L'ACCIDENT _____ ANNÉE | MOIS | JOUR _____ C.S. _____ DISTANCE _____											
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT _____ SON NUMÉRO _____ ANNÉE | MOIS | JOUR _____ VISITES _____ CODE _____ NUMÉRE _____											
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES _____ CODE DU DIAGNOSTIC _____											
Début : 17 h Fin : 20 h											
SPÉCIMEN											
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN											
TOTAL ►										509.61	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.											
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE _____											

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

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

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

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05455 = 5 unités de base

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 3

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

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec								
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	FIN	CODE	ACTES	MOD.	UNITÉS	HONORAIRES
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				1	5	1	2	0	2	2	2	627,57
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE	MOIS	JOUR	SEXE	ANNÉE	MOIS	JOUR	FIN	CODE
ADRESSE				1	5	1	2	0	3	0	2	352
EXPANSION DE LA CARTE				2	0	1	8	0	2	2	2	627,57
CODE POSTAL				2	0	9	1	0	4	1	1	719,95
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES
SON NUMÉRO				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES
CODE DU DIAGNOSTIC				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES
Début : 23 h				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES
Fin : 5 h				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES
TOTAL				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES
2 347,52				ANNÉE	MOIS	JOUR	C.S.	DATE DE L'ACCIDENT	ANNÉE	MOIS	JOUR	VISITES

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

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

CALCUL DES HONORAIRES

Code **02352** = 18 unités de base

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

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

Honoraires pour le début de l'opération :

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

Honoraires pour la fin de l'opération :

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

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE		Région de l'assurance maladie		Québec			
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				ACTES		ANNÉES		DATES	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SÉQUELLET DE LA CARTE				1 5 1 2 0 3		0 4 5 2 9		2 9 1 9 0 2 2	
DATE DE NAISSANCE				1 5 1 2 0 3		0 4 5 2 9		2 0 9 8 0 6 5	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				CODE POSTAL		1 5 1 2 0 3		0 4 5 2 9	
ADRESSE				DATE DE L'ACCIDENT		2 2 5 0 3 6		7 7 9 2 6	
NOM DU MÉDECIN				GROUPE		C.S.		DISTANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO		VISITES		CODE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRE					
Début : 7 h				Fin : 18 h		TOTAL		2 346 18	
ÉTABLISSEMENT				DATE DE SORTIE		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE			
DATE D'ENTRÉE				ANNÉE MOIS JOUR					
ANNÉE MOIS JOUR				ANNÉE MOIS JOUR					

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

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

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

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

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

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE
ADRESSE
ANNÉE MOIS JOUR I SEXE
INIT NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
Début : 23 h
Fin : 8 h
CODE ÉTABLISSEMENT DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

ACTES
ANNÉE MOIS JOUR PH CODE
1 5 1 2 0 3 04529 20 1 8 0 2 2 627,57
1 5 1 2 0 4 04529 20 9 1 0 6 5 2 726,75
1 5 1 2 0 4 04529 22 2 5 0 1 2 259,75
DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES
CODE NOMBRE
TOTAL 3 614,07

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTifie AVOIR FOURNI les SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

Code 04529 = 18 unités de base

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

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 6

Facturation en rémunération mixte non en urgence

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes.

1^{re} demande de paiement

#

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 08/89

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Début : 7 h
Fin : 18 h

ÉTABLISSEMENT

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

ANNEE MOIS JOUR PH CODE ACTES

1 5 1 2 0 3 2 04529 29 19 0 2 2 476'22

1 5 1 2 0 3 2 04529 21 16 0 2 9 486'62

1 5 1 2 0 3 3 04529 21 16 0 3 6 604'08

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

VISITES

CODE

NOMBRE

TOTAL 1 566'92

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

2^e demande de paiement

#

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 08/89

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

INT. NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Début : 7 h
Fin : 18 h

ÉTABLISSEMENT

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

ANNEE MOIS JOUR PH CODE ACTES

1 5 1 2 0 3 3 04529 22 27 0 2 4 519'51

1 5 1 2 0 3 4 04529 22 27 0 1 2 259'75

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.S. DISTANCE

VISITES Q

CODE

NOMBRE

TOTAL 779'26

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

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

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

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

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

* Calculé selon le tableau des suppléments d'honoraires

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

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

#

0000 NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE

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

DATE DE NAISSANCE

ANÉE | MOIS | JOUR | SEXE

ADRESSE

CODE POSTAL

EXPIRATION DE LA CARTE

ANÉE | MOIS | JOUR

INT. NOM DU MÉDECIN

NUMÉRO

ANÉE | MOIS | JOUR

PROFESSEUR RÉFÉRANT

SON NUMÉRO

ANÉE | MOIS | JOUR

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

Début : 23 h

Fin : 8 h

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE

ANÉE | MOIS | JOUR

DATE DE SORTIE

ANÉE | MOIS | JOUR

ACTES

ANÉE	MOIS	JOUR	PH	CODE	ACTES	MOIS	UNITÉS	HONORAIRES	
15	1	2	0	3	4	04529	21	0 9 0 2 2	627,57
15	1	2	0	4	1	04529	21	1 3 0 6 5	2 726,75*
15	1	2	0	4	2	04529	22	2 6 0 1 2	259,75

DATE DE L'ACCIDENT

ANÉE | MOIS | JOUR

VISITES

CODE

NUMÉRO

TOTAL 3 614,07

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

#

Patient de moins de 16 ans

Code 04529 = 18 unités de base

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

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

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

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

3.2.6.5 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (règles 14.2 et 14.5 - préambule général)

VISITES

0000 ■

PRENOM ET NOM
À LA NAISSANCE

NOM DE L'ENQUÊTEUR OU
SÉQUENTIEL DE LA CARTE

DATE DE
NAISSANCE

ANNÉE 1 MOIS 1 JOUR 1 SEXE

ADRESSE

BIT NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT SON NUMÉRO

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie
Québec

ANNEE MOIS JOUR PER CODE ACTES ANNEE MOIS JOUR DISTANCE

1 5 0 4 0 5 09162 1 0 1 9 11220

DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR C.B. DISTANCE

VISITES CODE NOMBRE

TOTAL 11220

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

AUTRES SERVICES

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE	
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE NOM DE L'ÉPOUX ET/OU DES ENFANTS DE LA CARTE			
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR EXPÉDITION DE LA CARTE CODE POSTAL	
ADRESSE			
NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO GROUPE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC ANNÉE MOIS JOUR	
ÉTABLISSEMENT ANNÉE MOIS JOUR		DATE DE SORTIE ANNÉE MOIS JOUR	
CODE		TOTAL 922.25	

Remarque : Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la Brochure n° 5.

GÉNÉRALITÉS :

- 1- Les visites et les autres services en urgence se facturent dans la section *Actes*.
- 2- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
- 3- Le médecin qui facture en rémunération mixte doit se reporter à la *Brochure n° 5*.

A- MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE EN MÉDECINE ET CHIRURGIE

(MOD=**018**)

SOIR, du lundi au vendredi de 19 heures à minuit (majoration de 70 %)

(MOD=**017**)

NUIT, de minuit à 7 heures (majoration de 150 %)

(MOD=**019**)

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

Remarque : Si un autre modificateur s'applique en plus du modificateur **017**, **018** ou **019**, référer à l'annexe II sous le titre *Modificateurs multiples* pour l'utilisation de la combinaison appropriée.

FACTURATION DES CONSULTATIONS AU SERVICE D'URGENCE

Pour facturer une consultation faite au service d'urgence :

- pour un patient hospitalisé, code d'acte **09160**;
- pour un patient externe, code d'acte **09170**;

Utiliser le suffixe « 7 » du code d'établissement.

3.2.6.6 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (règle 14.4 - préambule général)

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE		ANNEE | MOIS | JOUR | PH | CODE | R | MOD | UNITES | HONORAIRES	
ADRESSE		EXPIRATION DE LA CARTE		SPÉCIMEN	
INT. NOM DU MÉDECIN		NUMÉRO		GROUPE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		VISITES	
08013		4 3 4 9		ANNEE | MOIS | JOUR | C.S. | DISTANCE	
08060		Début : 2 h 20		CODE | NOBRE	
		1 5 0 4 0 1		09203 | 0 | 1 | 232.00	
				EXEMPLAIRE DU MÉDECIN	
				TOTAL 232.00	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
ANNEE | MOIS | JOUR		ANNEE | MOIS | JOUR		ANNEE | MOIS | JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.					
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

- 1- Exceptionnellement, les codes utilisés pour les services tels que définis à la règle 14.4 du préambule général peuvent être inscrits à la section des visites sauf en rémunération mixte où ils doivent être inscrits dans la section des actes. Voir remarque.
- 2- En plus de ces codes, il faut inscrire, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, le ou les codes correspondant aux services rendus.
- 3- Dans tous les cas, il faut inscrire l'heure de début du service rendu dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 4- Les services doivent être rendus en centre hospitalier de courte durée.
- 5- Aucun modificateur utilisé pour les soins d'urgence n'est applicable aux codes prévus à la règle 14.4 du préambule général.

Remarque : En rémunération mixte, il est **obligatoire** d'inscrire le code correspondant à la plage horaire visée dans la case *P.H.* Voir 3.2.6 section 6 - *Facturation des actes* du présent onglet.

3.2.7 SECTION 7 CSST - C.S. - DISTANCE

0000

PRENOM ET NOM
À LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU
DESQUINTES DE LA CARTE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

INT: NOM DU MÉDECIN

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADE

ANNÉE MOIS JOUR SEXE

EXPIRATION
DE LA CARTE
CODE POSTAL

NUMÉRO

SON NUMÉRO

CODE DU DIAGNOSTIC

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADE
Québec

ANNÉE MOIS JOUR PH. CODE

ACTES

DATE DE L'ACCIDENT

ANNÉE MOIS JOUR C.V. DISTANCE

CODE NOMBRE

SPÉCIMEN

ANNÉE		MOIS		JOUR		PH.	CODE	ACTES		R.		MOIS	UNITES	HONORAIRES			
DATE DE L'ACCIDENT								ANNÉE		MOIS		JOUR		C.V.		DISTANCE	
15								03		31		S					
								CODE		NOMBRE							
								09127		0,1				88:50			

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

CODE DATE D'ENTRÉE ÉTABLISSEMENT DATE DE SORTIE

ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

TOTAL 88:50

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

C.S. : inscrire la ou les lettres appropriées dans la case C.S. lorsque l'une ou plusieurs des situations prévues à l'annexe III du présent onglet sont rencontrées.

- Pour demander des honoraires additionnels (règle 16 du préambule général) y inscrire la lettre « **N** », fournir la description de l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et inscrire le montant total, honoraires additionnels inclus, dans la case *HONORAIRES*.
- Tout renseignement complémentaire relié à un motif autre que la demande d'honoraires additionnels doit être signalé par la lettre « **A** », entre autres, pour la présence de notes explicatives.
- Pour les cas de refacturation (lettre « **B** »), voir les sections 4.5.4 et 4.6 sous l'onglet *Paiement*.
- Lorsqu'il y a plus de deux lettres, la lettre « **A** » devient la moins prioritaire. Inscrire la lettre « **A** » dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* et les autres lettres dans la case C.S.

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

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

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

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

Lorsqu'une description détaillée des déplacements effectués est requise, utiliser le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) (voir le texte de l'annexe 23 regroupant les dispositions relatives au déplacement de même que les instructions de facturation qui s'y rapportent, sous l'onglet *Frais de déplacement et de séjour*).

3.2.7.1 SECTION 7 Lettre « Q »

EXEMPLES DE FACTURATION D'UNE SUITE DE TRAITEMENT

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

EXEMPLE 1

1^{re} demande de paiement

#

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN - 1200 252 0999

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR JOUR CODE	
DATE DE NAISSANCE				1 5 0 4 0 1 00523 1	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				EXPANSION DE LA CARTE	
1 5 0 4 0 1				00430 1 0 5 0 0 0 1	
ADRESSE				CODE POSTAL	
1 5 0 4 0 1				00430 1 0 5 0 0 0 1	
INT. NOM DU MÉDECIN				DATE DE L'ACCIDENT	
NUMÉRO				ANNÉE MOIS JOUR	
GROUPE				C.E. SÉANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				visites	
SON NUMÉRO				CODE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				NOMBRE	
CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES				TOTAL	
0000				30,15	
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

2^e demande de paiement

#

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN - 1200 252 0999

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				ANNÉE MOIS JOUR JOUR CODE	
DATE DE NAISSANCE				1 5 0 4 0 1 00430 1 0 5 0 0 0 1	
ANNÉE MOIS JOUR SEXE				EXPANSION DE LA CARTE	
1 5 0 4 0 1				00430 1 0 5 0 0 0 1	
ADRESSE				CODE POSTAL	
1 5 0 4 0 1				00430 1 0 5 0 0 0 1	
INT. NOM DU MÉDECIN				DATE DE L'ACCIDENT	
NUMÉRO				ANNÉE MOIS JOUR	
GROUPE				C.E. SÉANCE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				visites	
SON NUMÉRO				CODE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				NOMBRE	
CODE DU DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRES				TOTAL	
0000				7,05	
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN				JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

3.2.7.1 SECTION 7 Lettre « Q » - suite

EXEMPLE 2

1^{re} demande de paiement

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				R. MOD. UNITES. HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE. MOIS. JOUR. PH. CODE	
ADRESSE				EXPIRATION DE LA CARTE	
INIT. NOM DU MÉDECIN				CODE POSTAL	
NUMÉRO				DATE DE L'ACCIDENT	
GROUPE				ANNÉE. MOIS. JOUR	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				VISITES	
SON NUMÉRO				R. CODE. NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				DATE DE L'ACCIDENT	
CODE DU DIAGNOSTIC				ANNÉE. MOIS. JOUR	
1,5 0,4 01-01-01-01-01-02-02				09152 0,7 217,00	
1,5 0,4 03-03-04-04-04-04-04				09152 0,7 217,00	
1,5 0,4 04-05-05-05-05-05-06				09152 0,7 217,00	
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN				TOTAL 651,00	
DATE D'ENTRÉE				DATE DE SORTIE	
ANNÉE. MOIS. JOUR				ANNÉE. MOIS. JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

2^e demande de paiement

#

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE				ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				R. MOD. UNITES. HONORAIRES	
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE. MOIS. JOUR. PH. CODE	
ADRESSE				EXPIRATION DE LA CARTE	
INIT. NOM DU MÉDECIN				CODE POSTAL	
NUMÉRO				DATE DE L'ACCIDENT	
GROUPE				ANNÉE. MOIS. JOUR	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				VISITES	
SON NUMÉRO				R. Q. CODE. NOMBRE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				DATE DE L'ACCIDENT	
CODE DU DIAGNOSTIC				ANNÉE. MOIS. JOUR	
1,5 0,4 06-06-06-06-07-07-07				09152 0,7 217,00	
1,5 0,4 07-07				09152 0,2 62,00	
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN				TOTAL 279,00	
DATE D'ENTRÉE				DATE DE SORTIE	
ANNÉE. MOIS. JOUR				ANNÉE. MOIS. JOUR	
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.				SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE	

3.2.8 SECTION 8 VISITES

Cette section permet de demander le paiement des visites principales, de contrôle, de transfert, de départ et la consultation, **sans modificateur**. Aucun autre acte que les visites ne peut être facturé dans cette section.

#

0000

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE

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

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR

ANNÉE MOIS JOUR

EXPIRATION DE LA CARTE

ADRESSE

ANNÉE MOIS JOUR

SEXE

INT. NOM DU MÉDECIN

NUMÉRO

GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT

ANNÉE MOIS JOUR

ACTES

PL

MOIS

UNITES

HONORAIRES

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

SON NUMÉRO

ANNÉE MOIS JOUR

VISITES

CODE

NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

1,5 0,4 10

09150

0,1

88'50

1,5 0,4 11-12

09161

0,2

90'00

1,5 0,4 13-14-15-16

09152

0,4

168'00

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL

346'50

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 0899

SPÉCIMEN

CODE

0,2,1,3,3

ÉTABLISSEMENT

DATE D'ENTRÉE

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE SORTIE

ANNÉE MOIS JOUR

1,5 0,4 1,0 1,5 0,4 1,6

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

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

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

- ANNÉE, MOIS, JOUR : la date de l'acte pour un même code d'acte. Les quantités (dates) sont inscrits dans le champ JOUR et **un maximum de sept quantités par ligne peut y être inscrit**;

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

- CODE : le code de l'acte;
- NOMBRE : le nombre de jours à inscrire dans la case doit correspondre au nombre de quantités (dates) mentionnés dans la case JOUR;
- HONORAIRES : les honoraires correspondants soit au tarif régulier prévu à l'entente, soit au tarif modifié en vertu des dispositions relatives à la rémunération différente, selon le cas.

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

#

0000

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

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

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

ANNÉE | MOIS | JOUR | PR

CODE

ACTES

1 5 0 4 0 1

09162

1 0 0 3 0 0 1

66:00

ADRESSE

ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

ANNÉE | MOIS | JOUR

EXPIRATION DE LA GARANTIE

CODE POSTAL

INIT. NOM DU MÉDECIN

NUMÉRO

GROUPE

DATE DE L'ACCIDENT

ANNÉE | MOIS | JOUR

CS

DISTANCE

PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

SON NUMÉRO

ANNÉE | MOIS | JOUR

VISITES

CODE

NOMBRE

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

CODE DU DIAGNOSTIC

1 9 9 1

Cancer

SPÉCIMEN

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

TOTAL

66:00

DATE D'ENTRÉE

ANNÉE | MOIS | JOUR

DATE DE SORTIE

ANNÉE | MOIS | JOUR

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 252 0699

GÉNÉRALITÉS :

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

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

3.2.9 SECTION 9 TOTAL DES HONORAIRES

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

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

3.2.10 SECTION 10 SIGNATURE

La demande de paiement doit être signée par le médecin qui a fourni les services assurés ou par une personne dûment mandatée conformément au Règlement sur les formulaires et les relevés d'honoraires relatif à la Loi sur l'assurance maladie. Le médecin peut obtenir de la Régie les formulaires prévus à cette fin.

Remarque : Les estampes ainsi que l'écriture en lettres détachées ne sont pas acceptées pour la signature.

3.3 EXPÉDITION

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

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

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

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

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

Voir la REMARQUE à la page suivante

Remarque : Durant la période où le médecin spécialiste est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit indiquer sur la demande de remboursement la plage horaire durant laquelle le service a été rendu à la personne assurée.

Si le service est rendu entre 7 h et 17 h en semaine, sauf un jour férié, dans l'établissement où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, les honoraires demandés doivent correspondre au supplément d'honoraires applicable pour le code d'acte concerné, selon la spécialité du médecin.

ANNEXE I **LISTE DES RÔLES**

RÔLE 1 :

Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue la consultation en radiologie diagnostique.

RÔLE 2 :

Anesthésiologiste.

RÔLE 3 :

Anesthésiologiste collaborateur.

RÔLE 4 :

Médecin assistant.

RÔLE 7 :

Médecin exploitant un laboratoire de radiologie spécifique et médecin radiologiste qui pratique l'examen.

ANNEXE II

LISTE DES MODIFICATEURS

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 4

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

MOD=050**RÈGLE D'APPLICATION N° 19**

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

MOD=072

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

MOD=431

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

OU

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

MOD=041**RÈGLE D'APPLICATION N° 21**

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

MOD=003**RÈGLE D'APPLICATION N° 22**

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer

MOD=003**RÈGLE D'APPLICATION N° 35**

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

MOD=416**PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE**

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer

MOD=178**PRÉAMBULE GÉNÉRAL****RÈGLE 8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

MOD=050**RÈGLE 8.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

MOD=069**RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

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

MOD=017
MOD=091

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

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

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=098

RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=033

RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins rendus hors-discipline

MOD=075

RÈGLE 23.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

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

- En chirurgie générale **MOD=417**

RÈGLE 23.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En ophtalmologie **MOD=196**

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

- En ophtalmologie **MOD=418**

RÈGLE 23.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En chirurgie plastique **MOD=197**

RÈGLE 23.4 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 23.5 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 23.6 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En dermatologie **MOD=421**

RÈGLE 23.7 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En gastro-entérologie **MOD=422**

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

- En gastro-entérologie **MOD=161**

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

- En cabinet privé **MOD=162**

- En établissement **MOD=163**

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

- En gastro-entérologie **MOD=164**

RÈGLE 23.8 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

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

RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=070

RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=142

RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=143

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

MOD=194

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

MOD=195

RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=167

RÈGLE 29.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=065**RÈGLE 29.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

MOD=067**RÈGLE 29.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

MOD=063**RÈGLE 30 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

MOD=100**RÈGLE 31 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

MOD=126**RÈGLE 32 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

- En hématologie-oncologie médicale

MOD=424**# RÈGLE 36.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

Majoration des honoraires pour intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir.

MOD=165**CONSULTATION ET EXAMEN****MÉDECINE D'URGENCE**

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

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

MOD=181

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

MOD=182

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

MOD=182

- Lundi au vendredi, de 16 h à 24 h

MOD=183**MÉDECINE D'URGENCE**

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

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

MOD=184

MÉDECINE D'URGENCE

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

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

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

MOD=185

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

MOD=186

MÉDECINE D'URGENCE

Séjour différent à la salle d'urgence

MOD=187

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

PÉDIATRIE

RÈGLE 6 DE L'ADDENDUM 2

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

MOD=199

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=016

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=068

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=052

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=102

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=103

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=104

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=145

ARTICLE 7.2 DE L'ADDENDUM 3 - BIOCHIMIE MÉDICALE

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

MOD=174

ANESTHÉSIOLOGIE**RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 8**

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

MOD=047**RÈGLE 9 DE L'ADDENDUM 8**

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

MOD=037**RÈGLE 11 DE L'ADDENDUM 8**

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

MOD=034**RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8**

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

MOD=919**RÈGLE 13.1 DE L'ADDENDUM 8**

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

MOD=166**RÈGLE 13.2 DE L'ADDENDUM 8**

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

MOD=015**RÈGLE 13.3 DE L'ADDENDUM 8**

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

MOD=022**TABLEAU D'HONORAIRES**

Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie .

MOD=036**CHIRURGIE****RÈGLE 2.2 DE L'ADDENDUM 4**

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

MOD=179**RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4**

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

MOD=024**RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4**

Le médecin qui donne les soins post-opératoires

MOD=025**RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4**

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

MOD=026**RÈGLE 8.1 DE L'ADDENDUM 4**

Lorsque chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire

MOD=050

RÈGLE 8.4 DE L'ADDENDUM 4	
# En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire	MOD=122
En ophtalmologie, lors d'une chirurgie bilatérale de l'appareil visuel, la ou les chirurgies pratiquées sur le deuxième œil au cours d'une même séance.	MOD=013
RÈGLE 8.5 DE L'ADDENDUM 4	
En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, en situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent ou pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou pour l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD=123
En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, sauf l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique ou s'il s'agit d'une situation d'urgence	MOD=125
RÈGLE 8.6 DE L'ADDENDUM 4	
En dermatologie, sont payées à plein tarif les quatre (4) premières tumeurs malignes prouvées histologiquement, réséquées à la même séance.	MOD=426
PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ	
APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE	
TABLEAU D'HONORAIRES	
Pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différentes sont payées à 90 %	MOD=014
Tout acte, sous la section <i>Sein</i> , réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale	MOD=414
APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE	
RÈGLE 2 DE L'ADDENDUM 5	
Dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant	MOD=027
RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5	
S'il y a une fracture ou luxation de plusieurs os majeurs	MOD=010
RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 5	
S'il y a une fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs	MOD=050
RÈGLE 3.2 DE L'ADDENDUM 5	
Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a des réductions ouvertes par des voies d'approche différentes ou dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation.	MOD=049
RÈGLE 3.3 DE L'ADDENDUM 5	
Lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre	MOD=134
Toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale (approche antérieure et postérieure)	MOD=150
RÈGLE 4.1 DE L'ADDENDUM 5	
Pour le traitement d'une fracture ouverte, s'il y a une réduction ouverte	MOD=039

RÈGLE 7.1 DE L'ADDENDUM 5

Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéocartilagineuse lors d'une chirurgie.

MOD=030

RÈGLE 7.2 DE L'ADDENDUM 5

Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie.

MOD=064

RÈGLE 7.3 DE L'ADDENDUM 5

Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction.

MOD=169

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 5

Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée.

MOD=172

SYSTÈME CARDIAQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

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

MOD=045

TABLEAU DES HONORAIRES

L'acte codé 04619 est rémunéré à 90 % si effectué lors d'une chirurgie cardiaque.

MOD=053

GLANDULAIRE

Tout acte réalisé au niveau de la surrenale contralatérale, à la même séance, est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

MOD=432

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la radiologie générale, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7).

MOD=105

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la mammographie, les services médicaux sont majorés de 15 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7).

MOD=106

RÈGLE 1.4 DE L'ADDENDUM 4

Dans les laboratoires de radiologie générale désignés par les parties négociantes, lorsque l'honoraire de numérisation est applicable dans le secteur de la fluoroscopie, les services médicaux sont majorés de 60 % du tarif prévu à l'honoraire de laboratoire (R=7).

MOD=107

RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative.

MOD=074

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

Présence d'information dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée.

MOD=009

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

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

MOD=008

RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

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

MOD=021

RÈGLE 22 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5

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

MOD=043

TABLEAU DES HONORAIRES

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

MOD=066

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

MOD=071

ANNEXE 10

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

Pédiatrie . . .

MOD=136

Cardiologie . . .

MOD=138

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

Pédiatrie . . .

MOD=137

Cardiologie . . .

MOD=139

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

MOD=073

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

MOD=007

ANNEXE 11

LETRE D'ENTENTE A-47

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

MOD=141

LETRE D'ENTENTE 160

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

MOD=193

LETRE D'ENTENTE 171

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

MOD=054

LETRE D'ENTENTE 208

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

MOD=044

ANNEXE 15

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

MOD=042**ANNEXE 24 (services médico-administratifs de la CSST)**

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

MOD=032**ANNEXES 27 ET 28**

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

MOD=005

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

MOD=006

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

MOD=073**ANNEXE 29**

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

MOD=108**ANNEXE 38**

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

MOD=109

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)

MOD=112

Pour les soins d'urgence rendus entre 0 h et 7 h, tous les jours

MOD=110

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)

MOD=113

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

MOD=111

Suite de l'opération (rôle 2 ou 3)

MOD=114

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

MOD=115

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

MOD=116

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

MOD=130

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

MOD=176

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

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

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 . . . **MOD=117**

Services énumérés aux modalités particulières du tableau de rémunération de l'obstétrique-gynécologie **MOD=120**

Pour les soins rendus en vertu de l'annexe 39 par un médecin spécialiste en chirurgie plastique autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte **MOD=192**

Services rendus en clinique externe, dans un contexte ambulatoire, à un patient connu ou dirigé par un autre médecin et nécessitant une évaluation rapide et une prise en charge **MOD=076**

ANNEXE 40

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence :
 - Week-end et les jours fériés, de 8 h à 24 h **MOD=181**
 - Tous les jours incluant les jours fériés, de 0 h à 7 h **MOD=182**
 - Tous les jours incluant les jours fériés, de 0 h à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit **MOD=182**
 - Lundi au vendredi, de 16 h à 24 h **MOD=183**

Majoration d'honoraires pour les services dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence :
 - Week-end et les jours fériés, de 7 h à 19 h **MOD=184**

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés ailleurs qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence :
 - Tous les jours incluant les jours fériés, de 19 h à 24 h **MOD=185**
 - Tous les jours incluant les jours fériés, de 0 h à 7 h **MOD=186**

Séjour différent à la salle d'urgence **MOD=187**

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

Services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, entre 19 h et 7 h, si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé **MOD=188**

Services rendus auprès d'un patient admis, le samedi, le dimanche ou un jour férié si aucun montant forfaitaire ne s'applique au cours de la journée durant laquelle le service a été dispensé **MOD=189**

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 . . . **MOD=121**

ANNEXE 42

Pour les soins rendus en vertu de l'annexe 42 par un médecin psychiatre autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte **MOD=127**

AUTRES SITUATIONS :

Sites anatomiques différents **MOD=093**

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

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

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

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

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE III

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

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire.
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement.
- C :** Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie, dans les cas suivants :
- âgée de moins d'un an;
 - admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés;
 - âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie **SAUF s'il s'agit d'une personne soumise au délai de carence**, dans les cas suivants :
- **personne assurée** requérant des soins urgents;
 - à la suite d'une ordonnance du tribunal (actes 98005, 98006, 98007 et 98012);
 - s'il s'agit d'un service à la demande du coroner pour une personne décédée.

S

- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au *per diem* devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'annexe 15).
- J :** Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.

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

- nécessaires aux victimes de violence conjugale ou familiale ou d'une agression sexuelle;
 - liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse;
 - nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.
- K :** Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) composé de six chiffres qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- N :** - Demande d'honoraire additionnel (voir la règle 16 du préambule général).
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires.
- Q :** Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour**, au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « **Q** » doit être inscrite dans la case C.S. **sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes (voir la section 3.2.7.1 *Lettre Q - Exemples de facturation d'une suite de traitement*, sous le présent onglet).

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

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

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

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

ANNEXE IV

NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC

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

• Laboratoires de radiologie diagnostique :	*31XXX *32XXX *33XXX	Radiologie générale Radiologie spécifique (laboratoire de radiologie exploité par un médecin spécialiste autre qu'un radiologiste) Laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien
• Physiatrie :	*34XXX	Clinique de physiothérapie Cabinet de physiatrie
# • Centres intégrés de santé et de services sociaux et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux :	944XX	CISSS, CIUSSS
• Cliniques privées :	*51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire
• Cabinets d'optométrie :	*52XXX 53XXX	Clinique optométrique
• Cliniques médicales :	54XXX 55XXX 56XXX 57XXX	Cliniques de médecins spécialistes

C- CENTRES HOSPITALIERS HORS PROVINCE

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

* Exceptions à la codification du numéro

RÉMUNÉRATION MAJORÉE

LISTE DES LOCALITÉS

LISTE DES LOCALITÉS

3.5 RÉMUNÉRATION MAJORÉE

En application de l'*Accord-cadre* du 1^{er} octobre 1995, les médecins spécialistes reçoivent une rémunération différente du tarif régulier dans le cadre du régime d'assurance maladie pour tous les services rendus dans certains territoires, et ce, pour tous les modes de rémunération prévus.

Le médecin souhaitant bénéficier d'une majoration de la rémunération de base prévue aux articles 1.2.2, 1.3.1 ou 1.4.5 vi) de l'*annexe 19* (selon le tableau ci-contre), doit compléter **annuellement** une déclaration de territoire de pratique principale - rémunération différente. Cette déclaration de pratique principale se fait à l'aide d'un formulaire disponible par les services en ligne.

Toutefois, le médecin n'ayant pas accès à Internet peut fournir les renseignements concernant sa déclaration de territoire de pratique principale par téléphone en communiquant avec le Centre d'information et d'assistance aux professionnels.

Le médecin doit également informer la Régie sans délai de toute modification de son lieu d'exercice qui aurait pour effet de remettre en question le respect des conditions donnant droit à une majoration de la rémunération de base.

3.5.1 LISTE DES LOCALITÉS

La présente liste a été préparée pour faciliter la rédaction des demandes de paiement en application des dispositions relatives à la rémunération différente - *Brochure n° 1* ou des demandes de remboursement des mesures incitatives - *Brochure n° 3*.

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

Le code de localité est composé de cinq chiffres.

Des explications concernant le chiffre placé après le code de localité sont fournies dans le tableau ci-dessous.

REGROUPEMENT DES LOCALITÉS ET TAUX (%) DE RÉMUNÉRATION APPLICABLE	
Territoire de tarification	- Taux (%) de rémunération basé sur le taux de base (tarif régulier) - Tarif régulier = 100 %
0	- 100 % pour tous les médecins
1	- 107 % si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 2, 3, 4, 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 100 % pour les autres médecins.
2	- 115 % si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 3, 4, 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 107 % si le médecin rencontre les conditions énoncées précédemment pour le territoire 1. - 100 % pour les autres médecins.
3	- 125 % si le médecin remplit les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 4, 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 120 % pour les autres médecins.

REGROUPEMENT DES LOCALITÉS ET TAUX (%) DE RÉMUNÉRATION APPLICABLE (suite)	
4	- 130 % si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou des territoires 5 ou 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 125 % si le médecin remplit les conditions énoncées précédemment pour le territoire 3. - 120 % pour les autres médecins.
5	- 145 % si le médecin rencontre les conditions suivantes : i) il exerce de façon principale; et ii) il exerce dans un établissement de ce territoire ou du territoire 6 de façon régulière et continue et non dans un contexte d'itinérance (tel que remplacement, support ou pool de services). - 145 % pour les services rendus au Centre de santé de Chibougamau. - 130 % si le médecin rencontre les conditions énoncées précédemment pour le territoire 4. - 125 % si le médecin rencontre les conditions énoncées précédemment pour le territoire 3. - 120 % pour les autres médecins.
6	- 145 % pour tous les services rendus dans ce territoire.
7	Labrador City - Médecins du Québec : même taux que Fermont (voir territoire de tarification n° 5) - Médecins hors Québec : 120 % Autres localités hors Québec : 100 %

NOTE : Si un astérisque apparaît à côté du chiffre de la localité, cette localité fait partie des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (anciennement C*, D et E) ouvrant droit aux avantages prévus aux annexes 23, 25, 26, 32 et 33.

Localités	Codes	Localités	Codes
Abercorn	63806 0	Belle-Rivière (Lac-Saint-Jean-Est) ...	69390 3*
Acton Vale	64011 0	Belleterre	68308 5*
Adstock	62448 1	Beloeil	65701 0
Aguanish	69704 6*	Berry	68477 5*
Akulivik	69870 6*	Berthier-sur-Mer	61422 1
Akwesasne (Réserve indienne)	66881 0	Berthierville	64906 0
Albanel	69049 4*	Béthanie	63926 0
Alleyne-et-Cadwood	68022 4	Biencourt	60702 4*
Alma	69325 3*	Blainville	66308 0
Amherst	67559 0	Blanc-Sablon	69753 6*
Amos	68430 5*	Blue-Sea	67836 4*
Amqui	60514 4*	Boisbriand	66312 0
Ange-Gardien (Rouville)	65202 0	Boischatel (La Côte-de-Beaupré) ...	61714 0
Angliers	68324 5*	Bois-des-Filion	66306 0
Armagh	61512 0	Bois-Franc	67846 4*
Arundel	67436 0	Bolton-Est	63809 0
Asbestos	63532 0	Bolton-Ouest	63816 0
Ascot-Corner	63606 0	Bonaventure	60419 5*
Aston-Jonction	63306 1	Bonne-Espérance	69755 6*
Auclair	60906 4*	Bonsecours	63916 0
Audet	62412 1	Boucher	63249 1
Aumond	67844 4*	Boucherville	65612 0
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864 6*	Bouchette	67833 4*
Austin	63812 0	Bowman	67558 1
Authier	68448 5*	Brébeuf	66378 0
Authier-Nord	68473 5*	Brigham	63824 0
Ayer's Cliff	63732 0	Bristol	68006 4*
Baie-Atibenne (Maskinongé)	64794 0	Brome	63819 0
Baie-Comeau	69733 5*	Bromont	63830 0
Baie-de-la-Bouteille (Matawinie)	64791 0	Brossard	66610 0
Baie-des-Chaloupes (Antoine-Labelle)	66192 4*	Brownsburg-Chatham	67412 0
Baie-des-Sables	60628 4*	Bryson	68016 4*
Baie-d'Hudson	69897 6*	Bury	62531 0
Baie-du-Febvre	64220 1	Cacouna	60831 3*
Baie-d'Urfe	66519 0	Cacouna (Réserve indienne)	60881 3*
Baie-Johan-Beetz	69703 6*	Calixa-Lavallée	65714 0
Baie-Obaoca-Lac-Cabasta (Matawinie)	64396 0	Campbell's Bay	68019 4*
Baie-Sainte-Catherine	69748 1	Candiac	66612 0
Baie-Saint-Paul	61212 1	Caniapiscau	69893 5*
Baie-Trinité	69721 5*	Cantley	68001 1
Barkmere	67434 0	Cap-Chat	60317 5*
Barnston-Ouest	63709 0	Caplan	60422 5*
Barraute	68418 5*	Cap-Saint-Ignace	61414 1
Batiscan	63204 1	Cap-Santé	62919 0
Beaconsfield	66518 0	Carignan	65602 0
Bearn	68306 5*	Carleton-Sur-Mer	60435 5*
Beauceville	62340 1	Cascades-Malignes (Vallée-de-la-Gatineau)	67892 4*
Beauharnois	67008 0	Casapédia	60428 5*
Beaulac-Garthy	62624 1	Causapscal	60506 4*
Beaupré	61708 0	Cayamant	68026 4*
Beaux-Rivages - Lac-des-Écorces -Val-Barrette	67634 4*	Chambly	65605 0
Bécancour	63330 1	Chambord	69010 3*
Bedford	65424 0	Champlain	63205 1
Bégin	69458 2	Champneuf	68412 5*
Belcourt	68411 5*	Chandler	60209 5*
		Chapais	69806 5*
		Charette	64328 1

Charlemagne.....	66202	0	Duhamel (Papineau).....	67552	1
Chartierville.....	62504	0	Duhamel-Ouest (Témiscamingue) ...	68303	5*
Châteauguay.....	66917	0	Dundee.....	66811	0
Château-Richer.....	61711	0	Dunham.....	65415	0
Chazel (Abitibi-Ouest).....	68459	5*	Duparquet.....	68442	5*
Chelsea.....	67808	1	Dupuy.....	68464	5*
Cheneville.....	67551	1	Durham-Sud.....	64110	1
Chertsey.....	66119	0	East Angus.....	62534	0
Chesterville.....	63405	1	East Broughton.....	62364	1
Chibougamau.....	69804	5*	East Farnham.....	63826	0
Chichester.....	68038	4*	East Hereford.....	62501	0
Chisasibi.....	69842	6*	Eastmain.....	69838	6*
Chute-aux-Outardes.....	69726	5*	Eastman.....	63901	0
Chute-Saint-Philippe.....	67642	4*	Egan-Sud.....	67841	4*
Clarendon.....	68008	4*	Elgin.....	66809	0
Clermont (Abitibi-Ouest).....	68472	5*	Entrelacs.....	66122	0
Clermont (Charlevoix-Est).....	61109	1	Escuminac.....	60439	5*
Clerval.....	68458	5*	Esprit-Saint.....	60715	4*
Cleveland.....	63526	0	Farnham.....	65434	0
Cloridorme.....	60248	5*	Fassett.....	67501	1
Coaticook.....	63711	0	Ferland-et-Boilleau.....	69405	2
Collines-du-Basque			Ferne-Neuve.....	67646	4*
(Côte-de-Gaspé).....	60398	5*	Fermont.....	69761	5*
Colombier.....	69728	5*	Forestville.....	69730	5*
Compton.....	62514	0	Fort-Coulonge.....	68029	4*
Contrecoeur.....	65725	0	Fortierville.....	62842	1
Cookshire-Eaton et Newport.....	62523	0	Fort-Rupert (Waskagheganish).....	69834	6*
Côteau-du-Lac.....	67107	0	Fossambault-sur-le-Lac.....	62911	0
Côte-Nord-du-Golfe			Franklin (Le Haut St-Laurent).....	66807	0
-du-Saint-Laurent.....	69751	6*	Franquelin (Manicouagan).....	69727	5*
Côte-Saint-Luc.....	66508	0	Frelighsburg.....	65403	0
Coucoucache (Réserve indienne)...	63281	4	Frontenac.....	62404	1
Coulée-des-Adolphe			Fugereville.....	68311	5*
(Denis-Riverin).....	60699	5*	Gallichan.....	68444	5*
Courcelles.....	62439	1	Gaspé.....	60230	5*
Cowansville.....	65416	0	Gatineau.....	67905	1
Crabtree.....	65808	0	Girardville.....	69054	4*
Danville.....	63531	0	Godbout.....	69722	5*
Daveluyville.....	63449	1	Godmanchester.....	66814	0
Degelis.....	60901	4*	Gore.....	67419	0
Deléage.....	67839	4*	Gouvernement régional d'Eeyou		
Delisle.....	69330	3*	Istchee Baie-James.....	69802	6*
Delson.....	66616	0	Granby.....	63912	0
Denholm.....	67819	4	Grande-Rivière.....	60213	5*
Dépôt-Échouani			Grandes-Piles.....	63244	1
(La Vallée-de-la-Gatineau).....	64998	4	Grande-Vallée.....	60251	5*
Desbiens.....	69311	3*	Grand-Lac-Victoria		
Deschailions-sur-Saint-Laurent.....	62848	1	(Vallée-de-L'Or).....	68479	5*
Deschambault-Grondines.....	62929	0	Grand-Métis.....	60634	4*
Deux-Montagnes.....	67304	0	Grand-Remous.....	67849	4*
Disraeli.....	62634	1	Grand-Saint-Esprit.....	63338	1
Dixville.....	63706	0	Grenville.....	67416	0
Dolbeau-Mistassini.....	69038	4*	Grenville-sur-la-Rouge.....	67418	0
Dollard-des-Ormeaux.....	66538	0	Grosses-Roches.....	60614	4*
Doncaster.....	66381	0	Guérin.....	68328	5*
Donnacona.....	62907	0	Ham-Nord.....	62628	1
Dorval.....	66512	0	Ham-Sud.....	62618	0
Dosquet.....	62814	1	Hampden.....	62529	0
Drummondville.....	64137	1	Hampstead.....	66528	0
Dudswell.....	62601	0	Harrington.....	67426	0

Hatley.....	63726	0	L'Isle-aux-Allumettes	68034	4*
Havelock	66804	0	L'Isle-aux-Coudres	61201	1
Havre-Saint-Pierre	69706	5*	L'Islet	61319	1
Hébertville	69303	3*	L'Isle-Verte	60826	3*
Hébertville-Station	69304	3*	La Conception	67601	0
Hemmingford	66802	0	La Corne	68420	5*
Henryville	65302	0	La Doré	69042	3*
Hérouxville	63232	1	La Durantaye	61524	0
Hinchinbrooke	66808	0	La Guadeloupe	62446	1
Honfleur	61518	0	La Malbaie	61114	1
Hope	60409	5*	La Martre	60309	5*
Hope Town	60411	5*	La Minerve	67609	0
Hors-Québec	60000	7	La Morandière	68450	5*
Howick	66922	0	La Motte	68421	5*
Huberdeau	67438	0	La Patrie.....	62522	0
Hudson	67227	0	La Pêche (Wakefield)	67813	1
Hunters Point	68386	5*	La Pocatière.....	61038	3*
Huntingdon	66816	0	La Prairie.....	66608	0
Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850	6*	La Présentation.....	65119	0
Inverness	62729	1	La Rédemption	60529	4*
Irlande	62724	1	La Reine.....	68467	5*
Ivujivik	69877	6*	La Romaine (Réserve indienne)	69781	6*
Joliette	65815	0	La Sarre	68463	5*
Kahnawake (Réserve indienne)	66681	0	La Trinité-des-Monts	60713	4*
Kamouraska	61031	3*	La Tuque	63270	4*
Kanesatake (Réserve indienne)	67381	0	La Visitation-de-l'Île-Dupas.....	64902	0
Kangisualjujuaq (Baie d'Ungava)	69855	6*	La Visitation-de-Yamaska	64208	1
Kangisjujuaq (Baie d'Ungava)	69872	6*	Labelle	67607	0
Kangirsuk (Baie d'Ungava)	69866	6*	Labrador City.....	69700	7
Kawawachikamach	69843	6*	Labrecque	69459	3*
Kazabazua.....	67824	4	Lac-Achouakan		
Kebaowek (Réserve indienne)	68383	5*	(Lac-Saint-Jean Est)	69493	3
Kiamika	67624	4*	Lac-Akonapwehikan		
Kingsbury	63518	0	(Antoine-Labelle)	64397	4*
Kingsey (Drummond)	64104	1	Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	4*
Kingsey Falls (Arthabaska).....	64102	1	Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	4*
Kinnear's Mills	62718	1	Lac-Ashuapmushuan		
Kipawa	68310	5*	(Lac Saint-Jean Ouest).....	69091	3*
Kirkland	66516	0	Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord)	69797	5*
Kuujuaq (Baie-d'Ungava)	69860	6*	Lac-au-Saumon	60512	4*
Kuujuarapik (Baie d'Hudson)	69846	6*	Lac-aux-Sables.....	62966	1
L'Ancienne-Lorette.....	62041	0	Lac-Bazinet (Antoine-Labelle)	64797	4*
L'Ange-Gardien			Lac-Beauport (La Jacques-Cartier)	62042	0
(La Côte-de-Beaupré)	61712	0	Lac-Blanc (Portneuf)	62096	0
L'Ange-Gardien (Papineau)	67530	1	Lac-Boisbouscache (Les Basques)	60798	4*
L'Anse-Saint-Jean	69402	2	Lac-Bouchette	69003	3*
L'Ascension (Antoine-Labelle).....	67628	4*	Lac-Boulé (Mékinac)	64793	1
L'Ascension-de-Notre-Seigneur			Lac-Bricault (Vallée-de-l'Or)	66198	5*
(Lac Saint-Jean-Est)	69334	3*	Lac-Brome	63820	0
L'Ascension-de-Patapédia			Lac-Casault (La Matapédia)	60591	4*
(Avignon)	60453	5*	Lac-Chicobi (Abitibi).....	68488	5*
L'Assomption	66214	0	Lac-Croche (La Jacques-Cartier).....	62095	0
L'Avenir	64113	1	Lac-de la Bidrière (Berthier)	64993	4*
L'Épiphanie.....	66219	0	Lac-Delage	62052	0
L'Île-Cadieux	67211	0	Lac-de-la-Maison-de-Pierre		
L'Île-d'Anticosti	69701	6*	(Antoine-Labelle)	65892	4*
L'Île-d'Orléans	61605	0	Lac-de-la-Pomme		
L'Île-Dorval	66511	0	(Antoine-Labelle)	64795	4*
L'Île-du-Grand-Calumet	68021	4*	Lac-des-Aigles	60714	4*
L'Île-Perrot.....	67206	0			

Lac-des-Cinq (Centre-de-la-Mauricie)	63299	1*	Lac-Walker (Sept-Rivières-Caniapiscou)	69795	5*
Lac-des-Dix-Milles (Matawinie)	66190	0	Lachute	67407	0
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis)	60793	4*	Lacolle	65502	0
Lac-Despinassy (Abitibi)	68495	5*	Laforce	68312	5*
Lac-des-Plages	67561	1	Lalemant	69490	2
Lac-des-Seize-Îles	67431	0	Lamarche	69461	3
Lac-Devenyns (Matawinie)	64395	0	Lambton	62443	1
Lac-Douaire (Montcalm)	66196	4*	Landrienne	68419	5*
Lac-Drolet	62426	1	Lanoraie	64908	0
Lac-du-Cerf	67611	4*	Laniel		
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest)	68499	5*	et les Lacs du Témiscamingue	68393	5
Lac-du-Taureau (Matawinie)	64997	0	Lantier	66359	0
Lac-Ernest (Antoine-Labelle)	67693	4*	Larouche	69432	2
Lac-Etchemin	62214	1	Latulipe-et-Gaboury	68309	5*
Lac-Frontière	61401	1	Launay	68434	5*
Lac-Granel (Témiscaming)	68390	5*	Laurier-Station	62826	1
Lac-Huron (Rimouski-Neigette)	60795	4*	Laurierville	62746	1
Lac-Jacques-Cartier	61798	0	Laval	66424	0
Lac-Jérôme (Côte-Nord-du-Golfe -du-Saint-Laurent)	69793	5*	Lavallrie	64912	0
Lac-Juillet (Sept-Rivières-Caniapiscou)	69891	5*	Laverlochère	68318	5*
Lac-Lapeyrere (Portneuf)	63291	0	Lawrenceville	63919	0
Lac-Lengendre (Matawinie)	65890	0	Le Bic	60750	4*
Lac-Lenotre (La Vallée-de-la-Gatineau)	66197	4	Lebel-sur-Quévillon	69809	5*
Lac-Marguerite (Antoine-Labelle)	67891	4*	Leclercville	62836	1
Lac-Masketsi (Mékinac)	63292	1*	Lefebvre	64118	1
Lac-Matapédia	60597	4*	Lejeune (Témiscouata)	60931	4*
Lac-Matawin (Matawinie)	64992	0	Lemieux	63311	1
Lac-Mégantic	62406	1	Lery	66912	0
Lac-Minaki (Matawinie)	64392	0	Les Bergeronnes	69741	5*
Lac-Ministuk	69492	2	Les Cèdres	67105	0
Lac-Moncouche (Lac-Saint-Jean Est)	61799	3	Les Coteaux	67116	0
Lac-Moselle (La Vallée-de-la-Gatineau)	65895	4	Les Éboulements	61208	1
Lac-Nilgaut (Pontiac)	68091	4*	Les Escoumins	69738	5*
Lac-Nomingue	67620	4*	Les Îles-de-la-Madeleine	60103	5*
Lac-Normand (Mékinac)	63298	1*	Les Méchins	60603	4*
Lac-Oscar (Antoine-Labelle)	65893	4*	Leslie-Clapham-et-Huddersfield	68024	4*
Lac-Pikauaba (Charlevoix)	61298	1	Lévis	62111	0
Lac-Poulin	62331	1	Lingwick	62536	0
Lac-Pythonga (La Vallée-de-la-Gatineau)	68090	4*	Linton (Portneuf)	62996	0
Lac-Rapide (Réserve indienne)	68081	4*	Listuguj (Restigouche)	60482	5*
Lac-Saguay	67631	4*	Litchfield	68014	4*
Lac-Sainte-Marie	67822	4	Lochaber	67511	1
Lac-Saint-Joseph	62912	0	Lochaber-Partie-Ouest	67514	1
Lac-Saint-Paul	67648	4*	Longue-Pointe	69705	5*
Lac-Santé (Montcalm)	66194	0	Longueuil	65619	0
Lac-Sergent	62939	0	Lorraine	66304	0
Lac-Simon (Papineau)	67549	1	Lorrainville	68316	5*
Lac-Simon (Réserve indienne)	68481	5*	Lotbinière	62855	1
Lac-Supérieur	66368	0	Louiseville	64702	1
Lac-Vacher (Sept-Rivières-Caniapiscou)	69892	5*	Low	67821	4
Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle) ..	64398	4*	Lyster	62753	1
			Macamic	68451	5*
			Maddington Falls	63446	1
			Magog	63736	0
			Malartic	68405	5*
			Maliotenam (Réserve indienne)	69786	5*
			Maniwaki	67842	4*
			Manouane (Réserve indienne)	64781	0
			Manseau	63309	1

Mansfield-et-Pontefract	68028	4*	Nedelec	68329	5*
Maria	60429	5*	Nemiscau (Nemaska)	69830	6*
Maricourt (Le Val-Saint-François)	63934	0	Neuville	62904	0
Marieville	65212	0	New Carlisle	60418	5*
Marsoui	60311	5*	New Richmond	60426	5*
Marston	62411	1	Nicolet	63364	1
Martinville	62512	0	Normandin	69045	4*
Mascouche	66208	0	Normetal	68474	5*
Mashteuiaish (Réserve indienne)	69081	3*	North Hatley	63729	0
Maskinongé	64706	1	Notre-Dame-Auxiliatrice		
Massueville	65004	1	-de-Buckland	61508	0
Matagami et Joutel	69811	5*	Notre-Dame-de-Bon-Secours		
Matane	60608	4*	-Partie-Nord (Papineau)	67502	1
Matapédia	60448	5*	Notre-Dame-de-Ham	62629	1
Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or)	68492	5*	Notre-Dame-de-la-Merci	66124	0
Matimekosh-Lac-John			Notre-Dame-de-la-Paix	67524	1
(Réserve indienne)	69882	5*	Notre-Dame-de-la-Salette	67535	1
Mayo	67531	1	Notre-Dame-de-l'Île-Perrot	67203	0
McMasterville	65704	0	Notre-Dame-de-Lorette	69058	4*
Mcbourne	63516	0	Notre-dame-de-Lourdes (Joliette) ...	65818	0
Mercier	66916	0	Notre-Dame-de-Lourdes (L'Érable) .	62751	1
Messines	67838	4*	Notre-Dame-de-Montauban	62963	1
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	69310	3*	Notre-Dame-de-Pontmain	67612	4*
Métis-sur-Mer	60629	4*	Notre-Dame-des-Bois	62402	1
Milan	62418	1	Notre-Dame-des-Monts	61119	1
Mille-Isles	67421	0	Notre-Dame-des-Neiges		
Mingan (Réserve indienne)	69784	5*	-des-Trois-Pistoles	60819	4*
Mirabel	67325	0	Notre-Dame-des-Pins	62334	1
Mistissini	69825	6*	Notre-Dame-des-Prairies	65816	0
Moffet	68321	5*	Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838	3*
Mont-Albert (Denis-Riverin)	60399	5*	Notre-Dame-de-Stanbridge	65431	0
Mont-Alexandre (Pabok)	60298	5*	Notre-Dame-du-Bon-Conseil	64124	1
Mont-Apica (Lac Saint-Jean Est)	61299	3	Notre-Dame-du-Laus	67602	4*
Montcalm	67432	0	Notre-Dame-du-Mont-Carmel	63228	1
Mont-Carmel	61006	3*	Notre-Dame-du-Nord	68326	5*
Montcerf-Lytton	67848	4*	Notre-Dame-du-Portage	60836	3*
Montebello	67504	1	Notre-Dame-du-Rosaire	61411	1
Mont-Élie (Charlevoix Est)	61190	1	Notre-Dame-du-Sacré-Coeur		
Mont-Joli	60721	4*	-d'Issoudun	62832	1
Mont-Laurier	67640	4*	Nouvelle	60438	5*
Mont-Lebel	60728	4*	Noyan	65412	0
Montmagny	61417	1	Obedjiwan (Le Haut-Saint-Maurice) .	68491	6*
Montpellier	67554	1	Obedjiwan (Réserve indienne)	68482	6*
Montréal	66552	0	Odanak	64281	1
Montréal-Est	66556	0	Ogden	63719	0
Montréal-Ouest	66504	0	Oka	67311	0
Mont-Royal	66531	0	Orford	63614	0
Mont-Saint-Grégoire	65314	0	Ormstown	66926	0
Mont-Saint-Hilaire	65227	0	Otterburn Park	65224	0
Mont-Saint-Michel	67649	4*	Packington	60902	4*
Mont-Saint-Pierre	60306	5*	Padoue	60541	4*
Mont-Tremblant	66374	0	Pakuashipi (Réserve indienne)	69780	5*
Mont-Valin	69495	2	Palmarolle	68454	5*
Morin-Heights	67428	0	Papineauville	67508	1
Mulgrave-et-Derry	67539	1	Parent	63272	6*
Murdochville	60301	5*	Parisville	62844	1
Namur	67545	1	Paspébiac	60412	5*
Nantes	62416	1	Passes-Dangereuses		
Napierville	66702	0	(Maria-Chapdelaine)	69099	4*
Natashquan	69702	6*	Percé	60220	5*

Péribonka.....	69026	4*	Rivière-à-Claude.....	60308	5*
Pessamit (Réserve indienne).....	69788	5*	Rivière-à-Pierre.....	62959	0
Petite-Rivière-Saint-François.....	61214	1	Rivière-au-Tonnerre.....	69708	5*
Petite-Vallée.....	60249	5*	Rivière-aux-Outardes (Manicouagan).....	69796	5*
Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska).....	61094	3*	Rivière-Beaudette.....	67119	0
Petit-Mécatina (Côte-Nord -du-Golfe-Saint-Laurent).....	69791	5*	Rivière-Bleue.....	60915	4*
Petit-Saguenay.....	69401	2	Rivière-Bonaventure.....	60495	5*
Picard (Kamouraska).....	61092	3*	Rivière-Bonjour (Matane).....	60698	4*
Piedmont.....	66336	0	Rivière-de-la-Savane (Mékinac).....	64393	1
Pierreville.....	64222	1	Rivière-du-Loup.....	60834	3*
Pike River.....	65428	0	Rivière-Éternité.....	69403	2
Pikogan (Réserve indienne).....	68484	5*	Rivière-Heva.....	68417	5*
Pincourt.....	67208	0	Rivière-Koksoak (Tarpangajuk).....	69896	6*
Piopolis.....	62408	1	Rivière-Mistassini (Maria-Chapdelaine).....	69093	4*
Plaisance.....	67509	1	Rivière-Mouchalagane (Sept-Rivières-Caniapiscou).....	69799	5*
Plessisville.....	62749	1	Rivière-Nipissis (Sept-Rivières-Caniapiscou).....	69794	5*
Pohénégamook.....	61003	4*	Rivière-Nouvelle (Avignon).....	60499	5*
Pointe-à-la-Croix.....	60443	5*	Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest).....	68489	5*
Pointe-au-Père.....	60736	4*	Rivière-Ouelle.....	61034	3*
Pointe-aux-Outardes.....	69725	5*	Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia).....	60792	4*
Pointe-Calumet.....	67309	0	Rivière-Rouge et la Macaza.....	67618	4*
Pointe-Claire.....	66514	0	Rivière-Saint-Jean.....	69707	5*
Pointe-des-Cascades.....	67104	0	Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé).....	60299	5*
Pointe-Fortune.....	67234	0	Rivière-Vaseuse.....	60592	4*
Pointe-Lebel.....	69723	5*	Rivière-Windigo (Le Haut-Saint-Maurice).....	63297	6*
Ponsonby.....	67544	1	Roberval.....	69013	3*
Pontiac.....	68003	4	Rochebaucourt.....	68453	5*
Pont-Rouge.....	62918	0	Roquemaure.....	68446	5*
Portage-du-Fort.....	68018	4*	Rosemère.....	66311	0
Port-Cartier.....	69717	5*	Rougemont.....	65218	0
Port-Daniel-Gascons.....	60401	5*	Routhierville (La Matapédia).....	60494	4*
Portneuf.....	62924	0	Rouyn-Noranda.....	68333	5*
Portneuf-sur-Mer.....	69732	5*	Roxton.....	63936	0
Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo).....	69845	6*	Roxton Falls.....	63938	0
Potton.....	63801	0	Roxton Pond.....	63931	0
Pouliaries.....	68439	5*	Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia).....	60697	4*
Preissac.....	68427	5*	Ruisseau-Ferguson (Avignon).....	60497	5*
Prévost.....	66335	0	Sacré-Cœur (La Haute-Côte-Nord).....	69743	5*
Price.....	60636	4*	Sacré-Cœur-de-Jésus (L'Amiante).....	62362	1
Princeville.....	63428	1	Sagard (Charlevoix-Est).....	69798	1
Puvirnituq (Baie d'Hudson).....	69895	6*	Saguenay.....	69410	2
Quaqtaq (Baie d'Ungava).....	69868	6*	Saint-Adalbert.....	61304	1
Québec.....	62014	0	Saint-Adelme.....	60606	4*
Racine.....	63921	0	Saint-Adelphe.....	63222	1
Ragueneau.....	69724	5*	Saint-Adolphe-d'Howard.....	67429	0
Rapide-Danseau.....	68447	5*	Saint-Adrien (Asbestos).....	62619	0
Rapides-des-Joachims.....	68041	4*	Saint-Adrien-d'Irlande (L'Amiante).....	62722	1
Rawdon.....	66116	0	Saint-Agapit.....	62823	1
Rémigny.....	68330	5*	Saint-Aimé (Le Bas Richelieu).....	65002	1
Repentigny.....	66206	0	Saint-Aimé-des-Lacs (Charlevoix-Est).....	61121	1
Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or).....	68095	5*	Saint-Alban.....	62948	0
Richelieu.....	65216	0			
Richmond.....	63528	0			
Rigaud.....	67232	0			
Rimouski.....	60739	4*			
Ripon.....	67538	1			
Ristigouche-Partie-Sud-Est.....	60444	5*			

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

Saint-Elzéar (Témiscouata).....	60924	4*	Saint-Herménégilde.....	63705	0
Saint-Émile-de-Suffolk	67546	1	Saint-Hilaire-de-Dorset	62431	1
Saint-Éphrem-de-Beauce	62348	1	Saint-Hilarion	61216	1
Saint-Épiphanie (Rivière-du-Loup) ...	60814	3*	Saint-Hippolyte	66331	0
Saint-Esprit (Montcalm)	66111	0	Saint-Honoré.....	69443	2
Saint-Étienne-de-Beauharnois.....	67001	0	Saint-Honoré (Témiscouata).....	60929	4*
Saint-Étienne-de-Beaumont.....	61534	0	Saint-Honoré-de-Shenley	62326	1
Saint-Étienne-de-Bolton	63814	0	Saint-Hubert (Rivière-du-Loup)	60804	3*
Saint-Étienne-des-Grès	64314	1	Saint-Hugues (Les Maskoutains)	64030	0
Saint-Eugène (Drummond).....	64142	1	Saint-Hyacinthe	65110	0
Saint-Eugène (Maria-Chapdelaine).....	69056	4*	Saint-Ignace-de-Loyola	64901	0
Saint-Eugène-de-Guigues	68322	5*	Saint-Ignace-de-Stanbridge.....	65429	0
Saint-Eugène-de-Ladrière	60753	4*	Saint-Irénée (Charlevoix-Est).....	61116	1
Saint-Eusèbe (Témiscouata)	60912	4*	Saint-Isidore (La Nouvelle-Beauce)	62242	1
Saint-Eustache.....	67303	0	Saint-Isidore (Roussillon).....	66618	0
Saint-Évariste-de-Forsyth	62444	1	Saint-Isidore-de-Clifton	62509	0
Saint-Fabien (Rimouski-Neigette).....	60751	4*	Saint-Jacques (Montcalm)	66106	0
Saint-Fabien-de-Panet.....	61406	1	Saint-Jacques-de-Leeds	62716	1
Saint-Faustin-Lac-Carré.....	66369	0	Saint-Jacques-le-Majeur		
Saint-Félicien	69023	3*	-de-Wolfestown.....	62636	1
Saint-Félix-de-Dalquier	68431	5*	Saint-Jacques-le-Mineur	66601	0
Saint-Félix-de-Valois	65821	0	Saint-Janvier-de-Joly	62816	1
Saint-Félix-d'Otis.....	69404	2	Saint-Jean-Baptiste (Rouville)	65221	0
Saint-Ferdinand	62736	1	Saint-Jean-de-Brébeuf (L'Amiante)	62719	1
Saint-Ferréol-les-Neiges	61704	0	Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane)	60604	4*
Saint-Flavin (Lotbinière).....	62828	1	Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques)	60806	4*
Saint-Fortunat	62638	1	Saint-Jean-de-Lande		
Saint-François-d'Assise (Avignon) ..	60451	5*	(Témiscouata).....	60903	4*
Saint-François			Saint-Jean-de-Matha	65829	0
-de-la-Rivière-du-Sud	61421	1	Saint-Jean-Iberville	65514	0
Saint-François-de-Sales	69008	3*	Saint-Jean-Port-Joli	61322	1
Saint-François-du-Lac	64228	1	Saint-Jérôme	66328	0
Saint-François-Xavier-de-Brompton	63512	0	Saint-Joachim		
Saint-François-Xavier-de-Viger	60809	3	(La Côte-de-Beaupré)	61702	0
Saint-François-Xavier-des-Hauteurs	60701	4*	Saint-Joachim-de-Shefford	63928	0
Saint-Frédéric (Robert-Cliche)	62359	1	Saint-Joseph-de-Beauce	62354	1
Saint-Fulgence.....	69437	2	Saint-Joseph-de-Coleraine.....	62711	1
Saint-Gabriel (D'Autray).....	64924	0	Saint-Joseph-de-Kamouraska.....	61012	3*
Saint-Gabriel (La Mitis).....	60709	4*	Saint-Joseph-de-Lepage.....	60718	4*
Saint-Gabriel-de-Brandon	64922	0	Saint-Joseph-des-Érables	62356	1
Saint-Gabriel-de-Valcartier	62055	0	Saint-Joseph-de-Sorel	65019	1
Saint-Gabriel-Lalemant.....	61008	3*	Saint-Joseph-du-Lac	67308	0
Saint-Gédéon-de-Beauce.....	62429	1	Saint-Jude (Les Maskoutains)	65129	0
Saint-Gédéon (Lac Saint-Jean-Est)	69317	3*	Saint-Jules (Robert-Cliche)	62358	1
Saint-Georges	62322	1	Saint-Julien (L'Amiante).....	62639	1
Saint-Georges-de-Clarenceville	65408	0	Saint-Just-de-Bretonnières.....	61402	1
Saint-Georges-de-Windsor.....	63522	0	Saint-Juste-du-Lac	60908	4*
Saint-Gérard-Majella			Saint-Justin (Maskinongé)	64711	1
(Le Bas-Richelieu)	64229	1	Saint-Lambert (Abitibi-Ouest).....	68469	5*
Saint-Germain (Kamouraska)	61028	3*	Saint-Lambert (Champlain)	65623	0
Saint-Germain-de-Grantham	64139	1	Saint-Lambert-de-Lauzon	62106	0
Saint-Gervais (Bellechasse)	61522	0	Saint-Lazare (Bellechasse)	61516	0
Saint-Gilbert (Portneuf).....	62931	0	Saint-Lazare (Vaudreuil-Soulanges)	67218	0
Saint-Gilles (Lotbinière)	62812	1	Saint-Léandre (Matane).....	60609	4*
Saint-Godefroi (Bonaventure).....	60408	5*	Saint-Léonard-d'Aston	63321	1
Saint-Guillaume (Drummond)	64206	1	Saint-Léonard-de-Portneuf	62942	0
Saint-Guillaume-Nord (Matawinie)....	65891	0	Saint-Léon-de-Standon	62218	0
Saint-Guy (Les Basques).....	60716	4*	Saint-Léon-le-Grand (Maskinongé)	64708	1
Saint-Henri	62103	0	Saint-Léon-le-Grand (Matapédia)	60518	4*
Saint-Henri-de-Taillon	69332	3*	Saint-Liboire (Les Maskoutains)	64018	0

Saint-Liguori (Montcalm)	66102	0	Saint-Pacôme (Kamouraska)	61020	3*
Saint-Lin-Laurentides	66226	0	Saint-Pamphile (L'Islet)	61301	1
Saint-Louis (Les Maskoutains)	65006	0	Saint-Pascal	61018	3*
Saint-Louis-de-Blandford	63444	1	Saint-Patrice-de-Beaurivage	62805	1
Saint-Louis-de-Gonzague (Beauharnois-Salaberry)	67002	0	Saint-Patrice-de-Sherrington	66704	0
Saint-Louis-de-Gonzague (Les Etchemins)	62202	1	Saint-Paul (Joliette)	65802	0
Saint-Louis-de-Gonzague -du-Cap-Tourmente	61703	0	Saint-Paul-d'Abbotsford	65204	0
Saint-Louis-du-Ha! Ha!	60922	4*	Saint-Paul-de-la-Croix	60812	3*
Saint-Luc (Les Etchemins)	62211	1	Saint-Paul-de-l'Île-aux-Noix	65506	0
Saint-Luc-de-Vincennes	63215	1	Saint-Paul-de-Montminy	61409	1
Saint-Lucien (Drummond)	64111	1	Saint-Paul-du-Nord -Sault-au-Mouton	69736	5*
Saint-Ludger (Le Granit)	62422	1	Saint-Paulin (Maskinongé)	64714	1
Saint-Ludger-de-Milot	69029	3*	Saint-Philémon (Bellechasse)	61506	0
Saint-Magloire-de-Bellechasse (Les Etchemins)	61502	1	Saint-Philibert (Beauce-Sartigan)	62316	1
Saint-Majorique-de-Grantham	64136	1	Saint-Philippe (Roussillon)	66602	0
Saint-Malachie (Bellechasse)	62221	0	Saint-Philippe-de-Néri	61019	3*
Saint-Malo (Coaticook)	62506	0	Saint-Pie	64002	0
Saint-Marc-de-Figuery	68422	5*	Saint-Pie-de-Guire (Drummond)	64212	1
Saint-Marc-des-Carrières	62932	0	Saint-Pierre (Joliette)	65804	0
Saint-Marc-du-Lac-Long	60904	4*	Saint-Pierre-Baptiste	62731	1
Saint-Marcel (L'Islet)	61309	1	Saint-Pierre-de-Broughton	62370	1
Saint-Marcel-de-Richelieu	65001	0	Saint-Pierre-de-Lamy	60930	4*
Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette)	60711	4*	Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud	61419	1
Saint-Marc-sur-Richelieu	65708	0	Saint-Pierre-les-Beuquets	63344	1
Saint-Martin (Beauce-Sartigan)	62314	1	Saint-Placide (Deux-Montagnes)	67324	0
Saint-Mathias-sur-Richelieu	65222	0	Saint-Polycarpe (Vaudreuil-Soulanges)	67122	0
Saint-Mathieu (Abitibi)	68428	5*	Saint-Prime (Le Domaine du Roy)	69020	3*
Saint-Mathieu (Roussillon)	66604	0	Saint-Prosper (Les Etchemins)	62204	1
Saint-Mathieu-de-Beloeil	65702	0	Saint-Prosper	63212	1
Saint-Mathieu-de-Rioux	60752	4*	Saint-Raphaël (Bellechasse)	61521	0
Saint-Mathieu-du-Parc	64331	1	Saint-Raphaël-d'Alberville	60508	4*
Saint-Maurice	63216	1	Saint-Raymond (Portneuf)	62941	0
Saint-Maxime-du-Mont-Louis	60304	5*	Saint-Rémi (Les Jardins-de-Napierville)	66712	0
Saint-Médard (Les Basques)	60729	4*	Saint-Rémi-de-Tingwick	63406	1
Saint-Michel (Bellechasse)	61532	0	Saint-René (Beauce-Sartigan)	62312	1
Saint-Michel (Les Jardins-de-Napierville)	66708	0	Saint-René-de-Matane	60613	4*
Saint-Michel-des-Saints	64932	0	Saint-Robert (Le Bas-Richelieu)	65008	1
Saint-Michel-du-Squatec	60918	4*	Saint-Robert-Bellarmin	62419	1
Saint-Modeste (Rivière-du-Loup)	60816	3*	Saint-Roch-de-l'Achigan	66221	0
Saint-Moise (La Matapédia)	60534	4*	Saint-Roch-de-Mékinac	63248	1
Saint-Narcisse	63226	1	Saint-Roch-de-Richelieu	65014	1
Saint-Narcisse-de-Beaurivage	62811	1	Saint-Roch-des-Aulnaies	61321	1
Saint-Narcisse-de-Rimouski	60712	4*	Saint-Romain (Le Granit)	62436	1
Saint-Nazaire (Lac-Saint-Jean Est)	69456	3*	Saint-Rosaire (Arthabaska)	63436	1
Saint-Nazaire-d'Acton	64024	0	Saint-Samuel (Arthabaska)	63301	1
Saint-Nazaire-de-Dorchester	62219	0	Saint-Sauveur	66341	0
Saint-Nérée	61514	0	Saint-Sébastien (Le Granit)	62433	1
Saint-Noël (La Matapédia)	60536	4*	Saint-Sébastien (Le Haut-Richelieu)	65301	0
Saint-Norbert (D'Autray)	64919	0	Saint-Sévère (Maskinongé)	64318	1
Saint-Norbert-d'Arthabaska	63414	1	Saint-Séverin (Robert-Cliche)	62372	1
Saint-Octave-de-Métis	60631	4*	Saint-Séverin (Mékinac)	63224	1
Saint-Odilon-de-Cranbourne	62216	1	Saint-Siméon	61102	1
Saint-Omer (L'Islet)	61302	1	Saint-Siméon (Bonaventure)	60421	5*
Saint-Onésime-d'Ixworth	61009	3*	Saint-Simon (Les Basques)	60754	4*
Saint-Ours (Le Bas-Richelieu)	65012	1	Saint-Simon (Les Maskoutains)	64029	0
			Saint-Simon-les-Mines	62332	1
			Saint-Sixte (Papineau)	67529	1

Saint-Stanislas	63220	1	Sainte-Blandine (Rimouski-Neigette)	60726	4*
Saint-Stanislas			Sainte-Brigide-d'Iberville	65311	0
(Maria-Chapdelaine)	69039	4*	Sainte-Brigitte-de-Laval	61716	0
Saint-Stanislas-de-Kostka	67004	0	Sainte-Brigitte-des-Saults	63324	1
Saint-Sulpice (L'Assomption)	66211	0	Sainte-Catherine (Roussillon)	66606	0
Saint-Sylvere (Bécancour)	63313	1	Sainte-Catherine-de-Hatley	63731	0
Saint-Sylvestre (Lotbinière)	62802	1	Sainte-Catherine		
Saint-Télesphore			-de-la-Jacques-Cartier	62909	0
(Vaudreuil-Soulanges)	67126	0	Sainte-Cécile-de-Levrard	63342	1
Saint-Tharcisius (La Matapédia)	60509	4*	Sainte-Cécile-de-Milton	63932	0
Saint-Théodore-d'Acton	64022	0	Sainte-Cécile-de-Whitton	62414	1
Saint-Théophile (Beauce-Sartigan)	62303	1	Sainte-Christine (Acton)	64008	0
Saint-Thomas (Joliette)	65801	0	Sainte-Christine (Portneuf)	62944	0
Saint-Thomas-Didyme	69052	4*	Sainte-Claire (Bellechasse)	62225	0
Saint-Thuribe (Portneuf)	62954	0	Sainte-Clotilde-de-Beauce	62351	1
Saint-Tite (Mékinac)	62321	1	Sainte-Clotilde-de-Châteauguay	66901	0
Saint-Tite-des-Caps	61701	0	Sainte-Clotilde-de-Horton	63439	1
Saint-Ubalde (Portneuf)	62957	0	Sainte-Croix	62852	1
Saint-Ulric	60624	4*	Sainte-Edwidge-de-Clifton	62511	0
Saint-Urbain (Charlevoix)	61218	1	Sainte-Élisabeth (D'Autray)	65809	0
Saint-Urbain-Premier	66908	0	Sainte-Élisabeth-de-Warwick	63424	1
Saint-Valentin (Le Haut-Richelieu)	65508	0	Sainte-Émilie-de-l'Énergie	65834	0
Saint-Valère (Arthabaska)	63438	1	Sainte-Eulalie (Nicolet-Yamaska)	63302	1
Saint-Valérien (Rimouski-Neigette)	60746	4*	Sainte-Euphémie		
Saint-Valérien-de-Milton	63939	0	-sur-Rivière-du-Sud	61412	1
Saint-Vallier (L'Amiante)	61531	0	Sainte-Félicité (Matane)	60618	4*
Saint-Venant-de-Hereford	62502	0	Sainte-Félicité (L'Islet)	61308	1
Saint-Vianney (La Matapédia)	60521	4*	Sainte-Flavie (La Mitis)	60731	4*
Saint-Victor (Robert-Cliche)	62346	1	Sainte-Florence (La Matapédia)	60502	4*
Saint-Wenceslas (Nicolet-Yamaska)	63318	1	Sainte-Françoise (Les Basques)	60811	4*
Saint-Zacharie (Les Etchemins)	62306	1	Sainte-Françoise (Bécancour)	62839	1
Saint-Zénon (Matawinie)	64929	0	Sainte-Geneviève-de-Batiscan	63214	1
Saint-Zénon-du-Lac-Humqui	60519	4*	Sainte-Geneviève-de-Berthier	64904	0
Saint-Zéphin-de-Courval	64209	1	Sainte-Germaine-Boule	68441	5*
Saint-Zotique			Sainte-Gertrude-Manneville	68425	5*
(Vaudreuil-Soulanges)	67115	0	Sainte-Hedwige		
Sainte-Adèle (Les Pays-d'en-Haut)	66351	0	(Le Domaine-du-Roy)	69018	3*
Sainte-Agathe-de-Lotbinière	62810	1	Sainte-Hélène-de-Bagot	64027	0
Sainte-Agathe-des-Monts	66362	0	Sainte-Hélène-de-Chester	63401	1
Sainte-Angèle (Maskinongé)	64718	1	Sainte-Hélène-de-Mancebourg	68456	5*
Sainte-Angèle-de-Méridi	60706	4*	Sainte-Hénédine		
Sainte-Angèle-de-Monnoir	65209	0	(La Nouvelle-Beauce)	62229	1
Sainte-Anne-de-Beaupré	61710	0	Sainte-Irène (La Matapédia)	60526	4*
Sainte-Anne-de-Bellevue	66521	0	Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia)	60538	4*
Sainte-Anne-de-la-Pérade	63201	1	Sainte-Jeanne-d'Arc		
Sainte-Anne-de-la-Pocatière	61036	3*	(Maria-Chapdelaine)	69033	4*
Sainte-Anne-de-la-Rochelle	63918	0	Sainte-Julie (Lajemmerais)	65706	0
Sainte-Anne-de-Sabrevois	65309	0	Sainte-Julienne (Montcalm)	66112	0
Sainte-Anne-des-Lacs	66338	0	Sainte-Justine (Les Etchemins)	62206	1
Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle	60312	5*	Sainte-Justine-de-Newton	67219	0
Sainte-Anne-de-Sorel	65016	1	Sainte-Louise (L'Islet)	61316	1
Sainte-Anne-des-Plaines	66314	0	Sainte-Luce-Luceville	60734	4*
Sainte-Anne-du-Lac			Sainte-Lucie-de-Beauregard	61404	1
(Antoine-Labelle)	67650	4*	Sainte-Lucie-des-Laurentides	66358	0
Sainte-Anne-du-Sault	63448	1	Sainte-Madeleine		
Sainte-Apolline-de-Patton	61408	1	(LesMaskoutains)	65106	0
Sainte-Aurélien (Les Etchemins)	62308	1	Sainte-Madeleine		
Sainte-Barbe			-de-la-Rivière-Madeleine	60302	5*
(Le Haut-Saint-Laurent)	66819	0			
Sainte-Béatrix (Matawinie)	65831	0			

Sainte-Marcelline-de-Kildare	65828	0	Stanbridge	65421	0
Sainte-Marguerite (Matapédia).....	60501	4*	Stanbridge Station	65426	0
Sainte-Marguerite			Stanstead	63714	0
(La Nouvelle-Beauce)	62228	1	Stanstead-Est	63716	0
Sainte-Marguerite et Estérel	66349	0	Stoke	63508	0
Sainte-Marie (La Nouvelle-Beauce) ..	62375	1	Stoneham-et-Tewkesbury	62051	0
Sainte-Marie-de-Blandford	63327	1	Stornoway	62438	1
Sainte-Marie-Madeleine	65104	0	Stratford	62621	1
Sainte-Marie-Salome	66101	0	Suffolk-et-Addington	67546	1
Sainte-Marthe			Sutton	63804	0
(Vaudreuil-Soulanges)	67220	0	Tadoussac	69744	5*
Sainte-Marthe-sur-le-Lac	67306	0	Taschereau	68436	5*
Sainte-Martine			Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles).....	69862	6*
(Beauharnois-Salaberry).....	66919	0	Témiscaming	68301	5*
Sainte-Mélanie (Joliette)	65824	0	Témiscouata-sur-le-Lac	60910	4*
Sainte-Monique (Nicolet-Yamaska) ..	63341	1	Terrasse-Vaudreuil	67204	0
Sainte-Monique			Terrebonne	66201	0
(Lac-Saint-Jean Est)	69336	3*	Thetford Mines	62709	1
Sainte-Odile-sur-Rimouski	60742	4*	Thorne	68012	4*
Sainte-Paule (Matane)	60610	4*	Thurso	67512	1
Sainte-Perpétue (L'Islet).....	61306	1	Timiskaming (Réserve indienne)	68389	5*
Sainte-Perpétue (Nicolet-Yamaska) ..	63322	1	Tingwick	63410	1
Sainte-Praxède (L'Amiante)	62631	1	Tourville	61311	1
Sainte-Rita (Les Basques)	60801	4*	Trecesson	68432	5*
Sainte-Rose-de-Watford	62208	1	Très-Saint-Rédempteur	67224	0
Sainte-Rose-du-Nord	69434	2	Très-Saint-Sacrement	66921	0
Sainte-Sabine (Brome-Missisquoi) ..	65432	0	Tring-Jonction	62361	1
Sainte-Sabine (Les Etchemins)	61504	1	Trois-Pistoles	60821	4*
Sainte-Séraphine (Arthabaska)	63434	1	Trois-Rivières	64302	1
Sainte-Sophie	66321	0	Ulverton	64106	0
Sainte-Sophie (L'Érable)	62739	1	Umiujaq (Baie-d'Hudson).....	69847	6*
Sainte-Sophie-de-Lévrard	63326	1	Upton	64014	0
Sainte-Thècle (Mékinac)	63242	1	Val-Alain	62818	1
Sainte-Thérèse			Val-Brillant	60524	4*
(Thérèse-de-Blainville).....	66309	0	Valcourt	63924	0
Sainte-Thérèse-de-Gaspé	60216	5*	Val-David	66356	0
Sainte-Thérèse-de-la-Gatineau	67832	4*	Val-des-Bois	67556	1
Sainte-Ursule (Maskinongé)	64709	1	Val-des-Lacs	66128	0
Sainte-Victoire-de-Sorel	65009	1	Val-des-Monts	67537	1
Saints-Anges (La Nouvelle-Beauce) ..	62368	1	Val-d'Or	68403	5*
Saints-Martyrs-Canadiens	62626	1	Vallée-Jonction	62371	1
Salaberry-de-Valleyfield	67016	0	Val-Morin	66354	0
Salluit	69875	6*	Val-Racine	62409	1
Sault-au-Cochon			Val-Saint-Gilles	68471	5*
(La Côte-de-Beaupré)	61791	0	Varennes	65713	0
Sayabec	60530	4*	Vaudreuil-Dorion	67215	0
Schefferville	69801	6*	Venise-en-Québec	65411	0
Scotstown	62538	0	Verchères	65717	0
Scott	62231	1	Victoriaville	63431	1
Senneterre	68409	5*	Ville-Marie	68304	5*
Senneville	66524	0	Villeroy	62819	1
Sept-Îles	69711	5*	Waltham-et-Bryson	68031	4*
Shannon	62914	0	Warden	63909	0
Shawinigan	64319	1	Warwick	63422	1
Shawville	68009	4*	Waskaganish (Fort-Rupert).....	69885	6*
Sheen-Esher-Aberdeen-et-Malakoff ..	68039	4*	Waswanipi (Terre réservée)	69880	6*
Shefford	63904	0	Waswanipi (Village Cri).....	69810	6*
Sherbrooke	63608	0	Waterloo	63906	0
Shigawake	60406	5*	Waterville	62519	0
Sorel-Tracy	65021	1	Weedon	62611	0

Wemindji (Village Cri)	69840	6*
Wendake (Village-des-Huron)	62081	0
Wentworth.....	67422	0
Wentworth-Nord.....	67424	0
Westbury.....	62532	0
Westmount.....	66526	0
Weymontachie (Réserve indienne)..	63282	4*
Whapmagoostui (Réserve indienne)	69888	6*
Whitworth (Réserve indienne)	60882	3*
Wickham	64120	1
Windsor.....	63511	0
Winneway	68388	5*
Wolinak (Réserve indienne)	63381	1
Wotton.....	62608	0
Wright-Gracefield-Northfield.....	67826	4*
Yamachiche	64311	1
Yamaska	64232	1

INDEX

Page

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

4. PAIEMENT

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

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

4.1 MODE DE PAIEMENT

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

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

4.3 FACTURATION INFORMATISÉE

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

Les rapports d'erreurs sont de deux ordres :

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

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

Le rapport d'erreurs est aussi un accusé de réception pratique et fidèle des demandes de paiement envoyées.

4.3.1 Le retour d'erreurs à l'agence

L'information concernant le contenu de la communication et des modalités de fonctionnement se trouvent dans le Manuel de facturation informatisée, publié par la Régie.

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

4.4 ÉTAT DE COMPTE

Un état de compte est produit à chaque paiement, pour refléter le résultat des transactions avec la Régie.

Toutefois, même en l'absence de transaction, un état de compte est expédié lorsque le solde négatif du compte excède 200 \$.

#

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE				DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU	N° DU PAIEMENT	PAGE
NOM	N° DU PROFESSIONNEL	N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	20AA-09-26 (T) 20AA-09-16 (P)	001 DE 003
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 V	20AA-10-07		

1

2

3

4

5

6

7

8

9

UNTEL ROBERT
1125 GRANDE ALLÉE OUEST
QUÉBEC QC
G1K 7T3

Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à:
Québec: 418 643-8210
Montréal: 514 873-3480
Ailleurs au Québec, en Ontario
et au Nouveau-Brunswick (sans frais) 1 800 463-4776

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX

SPÉCIMEN

ORS41 - 4702 0902007

VOIR AU VERSO

Remarque : Cet exemple d'état de compte est reproduit de façon partielle en fonction de cette publication. Si le médecin désire obtenir des renseignements sur d'autres parties de l'état de compte, il devra se référer aux autres manuels ou brochures de la Régie.

4.4.1 Description

L'état de compte comporte, en plus des renseignements généraux, la liste et le sommaire des demandes de paiement qui font l'objet de transactions, les demandes de remboursement relatives à l'assurance responsabilité, s'il y a lieu, ainsi que la liste des demandes de remboursement payées à la personne assurée.

4.4.1.1 Renseignements généraux

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

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

4.4.1.2 Sommaire

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

Messages généraux

Paielements et retenues

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

Déductions cumulatives

Description des codes de transaction

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

Régie de
l'assurance maladie
Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE										DEMANDES DE PAIEMENT MISES À JOUR AU		N° DU PAIEMENT	PAGE		
NOM		N° DU PROFESSIONNEL		N° DU COMPTE OU DE L'ÉTABLISSEMENT		N° DU CHEQUE OU VIREMENT		DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE		20AA-09-26 (T)		003			
UNTEL		ROBERT		0-00000-0		00000		00000000 V		20AA-10-07		20AA-09-16 (P)		0R-40	
DE												003		003	

NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ	NO DE LA DEMANDE	DATE	ACTE	PERS. ASS.	CODE TRA. EXPL.	MONTANT PAYÉ
1a	2a	3a	4a	5a	6a												
DÉTAIL DU PAIEMENT À L'ACTE																	
SPÉCIMEN																	
DEMANDES DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22																	
REMARQUE : RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.																	
FIN DU RELEVÉ																	

OR341 - 4702 0962007

4.4.1.3 Demandes de paiement qui font l'objet d'une transaction.

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a.** DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant. (Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
 - Les demandes de paiement CSST sont identifiées par la lettre « S » ou « T » qui précède le numéro.
 - Les demandes de paiement SLE sont identifiées par la lettre « H » qui précède le numéro.
- 2a.** DATE. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA1007, i.e. AA pour l'année 20AA, 10 pour octobre et 07 pour le quantième.
- 3a.** ACTE. Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte visé peut figurer dans cette colonne.
- 4a.** PERSONNE ASSURÉE. Les quatre premiers caractères du NAM.
- 5a.** CODE. Numéros référant à la nature de la transaction (TRA) (voir 4.7) et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir l'onglet *Messages explicatifs*).
- 6a.** MONTANT PAYÉ. Le montant du paiement ou de la rectification (Voir 4.5). Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

SECTION DE L'ÉTAT DE COMPTE RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

#

Régie de l'assurance maladie Québec

Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOM

N° DU PROFESSIONNEL

N° DU COMPTE OU DE L'ASSURÉ

N° DU CHÉQUE OU VIREMENT

DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE

UNTEL

ROBERT

0-00000-0

00000

00000000 V

20AA-10-07

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES JUSQU'AU

N° DU PAIEMENT

PAGE

20AA-09-26 (T)

002

20AA-09-16 (P)

0R-40

002

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RÉCEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	BASE DE CALCUL	MONTANT	REF. DEM.	MESSAGES			REVISION	
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a			9a	10a
DÉTAIL DU REMBOURSEMENT EN ASSURANCE RESPONSABILITÉ											
SPÉCIMEN											
DEMANDES DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22											
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.											
FIN DU RELEVÉ											

OR341 - 4702 082007

VOIR AU VERSO

4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

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

4.4.1.5 Avis de remboursement à la personne assurée

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

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

4.4.2 Vérification des paiements

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

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

4.5.3 Paiement refusé en partie

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

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

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

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

4.5.4 Paiement refusé en totalité

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

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

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

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

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

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

- b) **RÉVISION** : **faire une demande de révision** si, sans modifier les données qui figurent sur la demande de paiement, le médecin désire contester la décision de la Régie.

Les demandes de paiement figurant à l'état de compte avec le code de transaction « TRA » 03, 05 ou 20 (voir 4.7) paraîtront en paiement final sur un état de compte ultérieur. **Il n'est donc pas utile de faire une demande de révision avant cette étape.**

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

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

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

Toute demande de paiement qui ne comporte pas les renseignements requis ou dont les données sont incomplètes ou illisibles est annulée.

Une telle demande de paiement figure sur l'état de compte accompagnée du code de transaction « TRA » 04 (voir 4.7) et du code de message explicatif approprié (voir sous l'onglet *Messages explicatifs*).

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

Pour obtenir paiement, le médecin doit **soumettre une nouvelle demande de paiement** comportant tous les renseignements requis, dans **un délai de trois mois de la date de l'état de compte sur lequel a été signifiée l'annulation de la demande de paiement**.

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

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

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

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé

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

4.8 CALENDRIER DE PAIEMENT 2015

Régie de
l'assurance maladie

Québec

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

2015

JANVIER *20

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

AVRIL *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(15)			91	92	93	94
(16)	96	97	98	99	100	101
(17)	103	●	105	106	107	108
(18)	110	111	112	113	114	115
(19)	117	●	119	120	121	122
(20)	124	125	126	127	128	129

JUILLET *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(28)			182	183	184	185
(29)	187	●	189	190	191	192
(30)	194	195	196	197	198	199
(31)	201	●	203	204	205	206
(32)	208	209	210	211	212	213
(33)	215	216	217	218	219	220

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(41)				1	2	3
(42)	278	279	280	281	282	283
(43)	285	●	287	288	289	290
(44)	292	293	294	295	296	297
(45)	299	●	301	302	303	304
(46)	306	307	308	309	310	311

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	33	●	35	36	37	38
(8)	40	41	42	43	44	45
(9)	47	●	49	50	51	52
(10)	54	55	56	57	58	59
(11)	62	63	64	65	66	67
(12)	70	71	72	73	74	75

MAI *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(18)				121	122	123
(19)	124	125	126	127	128	129
(20)	131	●	133	134	135	136
(21)	138	139	140	141	142	143
(22)	145	●	147	148	149	150
(23)	152	153	154	155	156	157

AOÛT *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(32)					1	2
(33)	215	●	217	218	219	220
(34)	222	223	224	225	226	227
(35)	229	●	231	232	233	234
(36)	236	237	238	239	240	241
(37)	244	245	246	247	248	249

NOVEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)	306	307	308	309	310	311
(47)	313	●	315	316	317	318
(48)	320	321	322	323	324	325
(49)	327	●	329	330	331	332
(50)	334	335	336	337	338	339
(51)	341	342	343	344	345	346

MARS *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)	61	●	63	64	65	66
(12)	68	69	70	71	72	73
(13)	75	●	77	78	79	80
(14)	82	83	84	85	86	87
(15)	89	●	91	92	93	94
(16)	96	97	98	99	100	101

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)	152	153	154	155	156	157
(25)	159	●	161	162	163	164
(26)	166	167	168	169	170	171
(27)	173	●	175	176	177	178
(28)	180	181	182	183	184	185
(29)	187	188	189	190	191	192

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)		●	245	246	247	248
(38)	250	251	252	253	254	255
(39)	257	●	259	260	261	262
(40)	264	265	266	267	268	269
(41)	271	●	273	274	275	276
(42)	278	279	280	281	282	283

DÉCEMBRE *19

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(50)				1	2	3
(51)	341	●	343	344	345	346
(52)	348	349	350	351	352	353
(53)	355	●	357	358	359	360
(54)	362	363	364	365	366	367
(55)	369	370	371	372	373	374

7085 282 1309

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT 2016

Régie de
l'assurance maladie
QuébecPÉRIODES DE FACTURATION ET DATES DE PAIEMENT
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT - TARIF HORAIRE
HONORAIRES FORFAITAIRES - ACTE - RÉMUNÉRATION MIXTE

2016

JANVIER *19

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

AVRIL *21

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

JUILLET *20

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

OCTOBRE *20

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

FÉVRIER *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(7)	32	●	34	35	36	37
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29					

MAI *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)	123	124	125	126		128
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(33)	214	●	216	217	218	219
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(46)		306	307	308	309	310
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MARS *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(11)		●	62	63	64	65
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JUIN *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(24)						156
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

SEPTEMBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(37)						245
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

DÉCEMBRE *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(6)						336
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

7056 232 15/08

() = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

CALENDRIER DE PAIEMENT 2017

Régie de
l'assurance maladie
Québec

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

2017

JANVIER *20

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

FÉVRIER *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(8)				1	2	3
(6)	37	38	39	40	41	42
5	6	7	8	9	10	11
(7)	44	●	46	47	48	49
12	13	14	15	16	17	18
(8)	51	52	53	54	55	56
19	20	21	22	23	24	25
(9)	58	●				
26	27	28				

MARS *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(9)				1	2	3
(10)	65	66	67	68	69	70
5	6	7	8	9	10	11
(11)	72	●	74	75	76	77
12	13	14	15	16	17	18
(12)	79	80	81	82	83	84
19	20	21	22	23	24	25
(13)	86	●	88	89	90	91
26	27	28	29	30	31	

AVRIL *18

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(13)						1
(14)	93	94	95	96	97	98
2	3	4	5	6	7	8
(15)	100	●	102	103	104	105
9	10	11	12	13	14	15
(16)	107	108	109	110	111	112
16	17	18	19	20	21	22
(17)	114	●	116	117	118	119
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAI *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(16)	121	122	123	124	125	126
1	2	3	4	5	6	
(18)	128	●	130	131	132	133
7	8	9	10	11	12	13
(20)	135	136	137	138	139	140
14	15	16	17	18	19	20
(21)	142	●	144	145	146	147
21	22	23	24	25	26	27
(22)	149	150	151			
28	29	30	31			

JUIN *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(22)				1	2	3
(23)	156	●	158	159	160	161
4	5	6	7	8	9	10
(24)	163	164	165	166	167	168
11	12	13	14	15	16	17
(25)	170	●	172	173	174	175
18	19	20	21	22	23	24
(26)	177	178	179	180	181	182
25	26	27	28	29	30	

JUILLET *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(26)						1
(27)	184	●	186	187	188	189
2	3	4	5	6	7	8
(28)	191	192	193	194	195	196
9	10	11	12	13	14	15
(29)	198	●	200	201	202	203
16	17	18	19	20	21	22
(30)	205	206	207	208	209	210
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AOÛT *23

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(31)		●	214	215	216	217
1	2	3	4	5		
(32)	219	220	221	222	223	224
6	7	8	9	10	11	12
(33)	226	●	228	229	230	231
13	14	15	16	17	18	19
(34)	233	234	235	236	237	238
20	21	22	23	24	25	26
(35)	240	●	242	243		
27	28	29	30	31		

SEPTEMBRE *20

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(35)				1	2	
(36)	247	248	249	250	251	252
3	4	5	6	7	8	9
(37)	254	●	256	257	258	259
10	11	12	13	14	15	16
(38)	261	262	263	264	265	266
17	18	19	20	21	22	23
(39)	268	●	270	271	272	273
24	25	26	27	28	29	30

OCTOBRE *21

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(40)	275	276	277	278	279	280
1	2	3	4	5	6	7
(41)	282	●	284	285	286	287
8	9	10	11	12	13	14
(42)	289	290	291	292	293	294
15	16	17	18	19	20	21
(43)	296	●	298	299	300	301
22	23	24	25	26	27	28
(44)	303	304				
29	30	31				

NOVEMBRE *22

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(44)			305	306	307	308
1	2	3	4			
(45)	310	●	312	313	314	315
5	6	7	8	9	10	11
(46)	317	318	319	320	321	322
12	13	14	15	16	17	18
(47)	324	●	326	327	328	329
19	20	21	22	23	24	25
(48)	331	332	333	334		
26	27	28	29	30		

DÉCEMBRE *17

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
(48)				1	2	
(49)	338	●	340	341	342	343
3	4	5	6	7	8	9
(50)	345	346	347	348	349	350
10	11	12	13	14	15	16
(51)	352	●	354	355	356	357
17	18	19	20	21	22	23
(52)	359	360	361	362	363	364
24	25	26	27	28	29	30
31						

7005 2002 15/09

(*) = NO DE LA SEMAINE DES PAIEMENTS

* NOMBRE DE JOURS OUVRABLES DANS LE MOIS

▼ DATE DU PAIEMENT ● DATE - DÉPÔT DIRECT

5. MESSAGES EXPLICATIFS

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

- 022** Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour tel qu'il paraît sur votre preuve de paiement.
- 023** Votre remboursement a été calculé selon le montant de prime payée à ce jour, frais d'administration, taxes et autres frais exclus.
- 024** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payée à ce jour est égal ou inférieur à la franchise. Veuillez soumettre une nouvelle demande quand le montant payé sera supérieur à la franchise.
- 025** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité, car le montant de la prime annuelle est égal ou inférieur à la franchise.
- 026** La quote-part de votre prime d'assurance responsabilité à laquelle vous avez droit pour l'année vous a déjà été remboursée.
- 027** Un ou des genres d'activités médicales demandés pour l'année sont non remboursables, car non inclus dans le tableau des groupes de l'Annexe 9 concernant l'assurance responsabilité.
- 028** Le délai de facturation prévu à l'entente auxiliaire est expiré.
- 029** Votre demande de remboursement a été traitée selon votre entente auxiliaire à la fin de l'année.
- 030** Le contrat d'assurance fourni excède un an. Nous n'avons traité que la première année seulement. Lorsque l'entente auxiliaire sera en vigueur pour la période non considérée, veuillez soumettre une nouvelle demande de remboursement.
- 031** Votre assureur ne nous a pas fourni la preuve de paiement de votre prime comme il est prévu au protocole d'entente.
- 032** L'entente auxiliaire n'est pas encore signée pour l'année demandée. Votre demande sera réévaluée automatiquement lors de la signature de l'entente. Ne pas soumettre de nouveau.
- 035** Vos gains de pratique ne vous rendent pas admissible au versement du montant forfaitaire.
- 037** Votre demande de révision n'est pas rédigée sur le formulaire approprié.
- 038** Révision d'une demande de remboursement déjà payée.
- 039** Révision effectuée à la suite de votre demande.
- 040** Révision d'un paiement. Une lettre explicative vous sera envoyée sous pli séparé.
- 042** Le délai de révision est expiré selon l'entente.
- 043** Pour faire suite à votre demande de révision, nous vous informons que la décision est maintenue.
- 044** Révision d'une demande qui a déjà fait l'objet d'un refus de paiement.
- 045** Révision effectuée à la suite d'un changement d'un ou de plusieurs genres d'activités médicales pour l'année.
- 046** Révision effectuée à la suite d'un changement de la durée de votre période de couverture pour l'année.
- 047** Révision effectuée à la suite de la signature de l'entente auxiliaire pour l'année.

- 048** Révision effectuée pour tenir compte que, durant l'année ou une partie de l'année, vous étiez désengagé, non participant ou en dehors du Québec (6XXXXX), ou receviez une allocation de fin de carrière ou de départ assisté ou autres.
- 049** Révision effectuée pour tenir compte de la période de l'année qui précède le décès.
- 050** Remboursement effectué selon les renseignements fournis par votre assureur.
- 051** Les pièces justificatives fournies ne correspondent pas à l'année demandée.
- 052** Le montant forfaitaire a été recalculé selon la prime-témoin de dernier groupe auquel vous appartenez tel que spécifié à l'annexe de la *Lettre d'entente n° 108*.
- 054** La période couverte par votre demande de remboursement excède un an. Nous avons procédé au règlement de l'année indiquée à votre état de compte. Veuillez soumettre une nouvelle demande pour l'année manquante.
- 055** Révision d'une demande de remboursement suite à une modification de votre entente.
- 056** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité pour le moment, car le montant de prime payé à ce jour est égal ou inférieur à votre contribution.
- 057** Vous n'avez droit à aucun remboursement de votre prime d'assurance responsabilité puisque la Régie ne rembourse que si vous êtes assuré au Québec.
- 058** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé pour la partie de l'année (nombre de mois) où vous êtes assuré au Québec.
- 059** Le remboursement de la quote-part de votre prime d'assurance responsabilité a été calculé selon le montant représentant la prime témoin fixée par l'Association canadienne de protection médicale.
- 060** Révision effectuée en regard de la prime d'assurance payée en tenant compte de la partie de l'année (nombre de mois) où vous êtes assuré au Québec.
- # 061** La qualité ou le format d'impression du formulaire ne respecte pas les normes définies par la Régie.
- 100** Le numéro d'assurance maladie est illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 101** L'identification de la personne assurée, telle que transmise, ne correspond pas aux instructions de facturation. Veuillez vérifier et, conformément à l'article 3.2.1.4a) et/ou 3.2.1.4b) de l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*, soumettre une nouvelle demande, s'il y a lieu.
- 102** Le numéro d'assurance maladie est invalide et l'identification de la personne assurée, telle que fournie, ne nous permet pas de le reconstituer. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 103** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas dans nos fichiers. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 104** Le numéro d'assurance maladie ne figure pas dans nos fichiers et ne correspond pas à l'identification de la personne assurée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 105** La personne n'est pas admissible au régime de l'assurance maladie à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 106** Le numéro d'assurance maladie n'est pas inscrit et vous n'avez pas indiqué la lettre appropriée dans la case C.S.
- Voir la section 3.2.1 *Identité de la personne assurée*, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 107** Le numéro d'assurance maladie ne correspond pas à l'identification de la personne assurée telle que fournie.
- Voir la section 3.2.1 *Identité de la personne assurée*, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 108** La date de naissance de la personne assurée est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.
- 109** La case *UNITÉS* sur la demande de paiement est un champ obligatoire et la valeur inscrite doit être différente de 000.
- 110** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 111** Le numéro d'assurance maladie et l'identification de la personne assurée sont manquants, illisibles ou incomplets. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 112** L'identification de la personne assurée est manquante, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 113** Le numéro d'assurance maladie est manquant et la date de naissance est postérieure à la date des services rendus. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 114** La carte d'assurance maladie est expirée à la date des services; de plus, la personne n'est pas une personne assurée du régime d'assurance maladie.
- 116** Le numéro d'assurance maladie est inexistant au fichier du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 117** La personne n'est pas admissible à une aide financière de dernier recours (Emploi et de la Solidarité sociale) à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 118** Le prestataire n'est pas admissible aux soins dentaires reçus parce qu'à la date de ces services, le délai de carence de six mois applicable à la date de l'admissibilité à une aide financière de dernier recours (Emploi et de la Solidarité sociale) n'est pas respecté (Radiologie diagnostique règle 13.1). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 119** Conformément à la règle 1.2 du préambule général du Tarif de la médecine de laboratoire, vous n'avez droit qu'au quart des honoraires prévus pour les examens de laboratoire effectués dans une discipline autre que celle de votre classement.
- 121** Conformément à l'article 6 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est inclus dans celui en référence.
- 122** Conformément à l'article 4 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, le tarif de l'examen d'organes doubles est celui d'un seul organe.
- 123** La personne identifiée sur la demande de paiement ou de remboursement ne figure pas dans nos fichiers.

- 125 En raison de la règle 8.1 du *préambule général* ou de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur **050**.
- 127 Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne de 18 à 64 ans inclusivement. (réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 128 Les honoraires demandés ont été refusés puisqu'ils n'ont pas été réclamés sur un formulaire *Demande de paiement – Médecin* (n° 1200). Le code de l'acte facturé sur la demande de remboursement présentée par la personne assurée a été modifié pour correspondre au service assuré en vigueur et présent à la nomenclature de l'entente concernée. Veuillez facturer conformément aux dispositions de l'entente ainsi qu'aux instructions de facturation paraissant dans le manuel de facturation sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 129 Vous devez inscrire la lettre « J » dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne en provenance d'un pays étranger, soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 134 En raison de la règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, au même site, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 135 En raison de la règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 136 En raison de la règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi-tarif. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 137 En raison de la règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi tarif.
- 140 Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141 Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142 Nos fichiers indiquent, qu'à la date des services, la carte d'assurance maladie de la personne assurée était annulée.
- 144 En vertu des lettres d'entente n°s 102 et 112, vous ne pouvez facturer ce montant forfaitaire puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière.
- 145 Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance.
- 146 Vous ne pouvez facturer ce code d'acte, puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière, et ce, en vertu du programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé, à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 147 Code d'acte requérant un document d'ordonnance d'évaluation ou un subpoena pour son appréciation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée du document.
- 148 Les frais de séjour sont payables seulement avec le code d'acte **09810** « Comparution à la cour ».
- 149 Le code d'acte demandé ne peut vous être payé car les services rémunérables en regard d'une ordonnance de traitement sont ceux de votre entente générale.
- 150 En raison de la règle 3.1 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique*, annexe 5, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.

- 151 En raison de la règle 7.1 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique*, annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 152 En raison de la règle 8.1 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique*, annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 153 En raison de la règle 10.1 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique*, annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 154 En raison de la règle 11.1 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique*, annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 155 En raison de la règle 13.2 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique*, annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 157 En raison de la règle d'application n° 10, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 158 En raison de la règle 12.1 du *préambule général* et de la règle d'application n° 10, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 159 En raison de la règle d'application n° 13, celui qui pratique une mammographie n'a pas droit au paiement d'honoraires d'une visite. Si, par la suite, il revoit le patient pour un simple examen clinique, on lui accorde le tarif de la visite de contrôle.
- 160 Selon la note ou la remarque qui l'accompagne, ce service n'est pas payable.
- 162 Cet acte ne peut vous être payé, car vous n'avez pas justifié l'utilisation du modificateur **099** en précisant les modificateurs pertinents dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 163 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 24.
- 169 Le code d'acte réclamé ne peut vous être payé, puisqu'il ne rencontre pas les critères de durée prévus à son libellé.
- 170 En raison de la règle d'application n° 19, le paiement de l'acte n'est pas soumis à l'application du modificateur **072**.
- 171 Le service n'est pas payable, car la personne assurée en a déjà fait le paiement à l'établissement où les services ont été rendus.
- # 180 En raison de la règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires de cet acte sont toujours payables à demi-tarif en situation de chirurgies ou procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples.
- 199 Honoraires modifiés ou refusés conformément à la *Lettre d'entente A-53*.
- 200 Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie.
- 201 En raison de votre statut de professionnel non-admissible, les services facturés ne peuvent être rémunérés, sauf lorsqu'il s'agit de cas d'urgence (réf. : article 36 de la Loi sur l'assurance maladie, article 27 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 202 Conformément à l'*Annexe 19 - Rémunération différente*, vous devez annuellement compléter une déclaration de votre territoire de pratique principale à la Régie pour bénéficier d'une majoration de la rémunération de base. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

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

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

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

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

- 284 Conformément à la règle 1.1 de l'*Addendum 10 - Microbiologie-Infectiologie*, cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 285 Conformément à la règle 1.1 de l'*Addendum 10 Microbiologie-Infectiologie*, cet acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 286 Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'*Addendum 10 - Microbiologie-Infectiologie*.
- 287 Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'*Addendum 10 - Microbiologie-Infectiologie* et déjà facturé par un autre professionnel.
- 288 En raison de la règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 289 En raison de la règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 297 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 23 du *préambule général* et règle 13 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*).
- 298 Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 299 Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif : le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 300 Dates de visites rectifiées conformément aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 301 Sur une ligne de la section visites de la demande de paiement, des quantités (dates) chevauchent deux mois. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 302 Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.
- 304 Conformément à l'annexe 10 (*Brochure n° 1*), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs **136**, **137**, **138** et **139**).
- 305 La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont réclamés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du formulaire.
- 306 Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.
- # 308 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée.

- 309** La date de l'accident est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception dans la colonne *Date* sur votre état de compte).
- 310** Conformément à une décision administrative de la CSST, la date de l'accident n'est pas valide.
- 311** La date de naissance de la personne est postérieure à la date des services rendus.
- 312** La date des services rendus est postérieure à la date de réception de la demande de paiement à la Régie (voir la date de réception inscrite dans la colonne *Date* sur votre état de compte).
- 313** Le délai de facturation est expiré selon la Loi sur l'assurance maladie.
- 314** La refacturation d'une demande de paiement doit être rédigée selon les indications décrites aux sections 4.5.4 et 4.6 sous l'onglet *Paiement*.
- 315** En raison de l'annexe 29 (*Brochure n° 1*), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 316** En raison de l'annexe 29 (*Brochure n° 1*), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 318** Conformément à la règle 2.8 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, la facturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives et la durée de la visite doit être inscrite.
- 319** Le code d'acte et les honoraires demandés ont été modifiés pour tenir compte de l'âge de la personne assurée.
- 320** La date de l'acte facturé sur cette ligne est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 321** La date de l'acte facturé sur cette ligne est manquante, illisible ou incomplète. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 322** En raison de la *Lettre d'entente A-66*, cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.
- 323** En raison de la *Lettre d'entente A-66*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 325** Le délai de refacturation est expiré selon l'entente.
- 326** Le délai de révision est expiré selon l'entente.

- 330 Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : article 1.4 de l'*Addendum 7 - Médecine nucléaire*, de l'*Annexe 5 - Tarif de la médecine en laboratoire*).
- 331 Conformément à la règle 5.5 du *Préambule général*, aucun supplément de durée ne peut être ajouté au tarif de la visite principale.
- 332 Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé que s'il est précédé d'une anesthésie.
- 334 Conformément à l'*Annexe 27 ou 28 (Brochure n° 1)*, cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs **005** et **006**).
- 335 En raison de la règle 12.1 du *Préambule général*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 336 En raison de la règle 12.1 du *Préambule général* et de la règle 2 du *Préambule particulier de la Radiologie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 337 En raison de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 338 L'acte facturé est inclus dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale. (voir *Lettre d'entente n° 3* dans la *Brochure n° 1*).
- 339 En raison de la Règle d'application n° 6, ces services ne donnent pas ouverture au paiement d'honoraires majorés, en urgence.
- 340 En raison de la Règle d'application n° 7, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 341 En raison de la règle 12.1 du *Préambule général* et de la Règle d'application n° 7, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 342 En raison de la *Lettre d'entente n° 6 (Brochure n° 1)*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 343 En raison de la règle 12.1 du *Préambule général* et de la *Lettre d'entente n° 6 (Brochure n° 1)*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 346 En raison de la règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie* de l'*Annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence.
- 347 En raison de la règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie* de l'*Annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

- 348** En raison de la règle 15.2 de l'*Addendum 4 - Radiologie diagnostique* de l'*Annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.
- 349** En raison de la règle 14.4 du *Préambule général*, vous ne pouvez réclamer d'autre service avec le code d'acte indiqué en référence.
- 350** L'acte réclamé n'étant pas tarifé, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- 351** Le code d'acte demandé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez. (réf. : article 3, *Addendum 1 - Médecine*)
- 352** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilège de pratique en hématologie dans l'établissement à la date où ces services ont été rendus.
- # 354** Selon la note, les services rendus en établissement sont payables pour un patient de moins de 10 ans. Veuillez vous assurer d'utiliser le bon formulaire en vous référant à l'avis situé au début du tableau des honoraires de l'onglet *Radiologie diagnostique*.
- 355** En fonction du libellé (description) de l'acte au tarif d'honoraires.
- 356** En fonction de la nature de l'acte.
- 358** En raison de son libellé (description), une seule unité est payable pour cet acte au cours d'une même séance.
- 359** En raison de la règle 24, 25, 27 ou 30 du *Préambule général*, le modificateur **070**, **100**, **142** ou **167** est non applicable puisque cet acte n'a pas été fait seul. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 360** Le code d'acte est absent, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 361** L'acte effectué doit être facturé en utilisant le code 00907 ou 00908 selon la note qui accompagne ces codes d'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 362** L'acte effectué doit être facturé, sous réserve, par l'entremise du code indiqué en référence.
- 365** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur ou la demande de paiement a été rédigée sur un formulaire inadéquat.
- 366** Le code d'acte ne figure pas à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services.
- 370** L'âge de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 371** Le sexe de la personne assurée est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne.
- 372** En raison de leur nature respective, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.
- 373** En raison de leur libellé (description) respectif, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence.

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

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

- 433 Certains renseignements des pièces justificatives sont manquants, illisibles ou incomplets.
- 434 Les frais de déplacement facturés pour une autre personne que vous-même ont été refusés.
- 435 Selon l'annexe 23, la compensation du temps d'attente n'est pas autorisée lors de l'utilisation d'un avion ou hélicoptère personnel ou nolisé.
- 436 Le kilométrage est remboursé à demi-tarif lorsqu'il s'agit d'un aller ou d'un retour simple ou de covoiturage.
- 437 Les originaux des pièces justificatives ne vous seront pas retournés, car ils doivent demeurer au dossier.
- 438 Selon sa nature, cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 439 Selon son libellé (description), cet acte ne peut être payé s'il n'est précédé d'un autre acte qui lui est prérequis.
- 440 Selon sa nature ou son libellé (description), l'acte facturé ne peut être payé s'il n'est précédé ou suivi d'un acte spécifique.
- 443 En raison de la règle 1.2 du préambule d'anesthésiologie - *Addendum 8*, l'acte réclamé en rôle 2 est non payable.
- 444 Les honoraires ont été ajustés pour payer l'équivalent du coût du vol commercial. Vous devez détenir une autorisation des parties négociantes pour que les frais d'un vol nolisé soient payables.
- 445 En raison de l'application de la règle 27 du préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 448 Conformément au maximum prévu à l'*Addendum 3 - Biochimie médicale* ou à l'*Addendum 5 - Microbiologie-Infectiologie*.
- 449 Vous ne détenez pas d'avis d'assignation vous permettant d'être rémunéré pour ce service dans l'établissement dont le numéro est inscrit sur la demande de paiement.
- 450 Les dépenses reliées à votre véhicule personnel ne sont pas payables.
- 454 Service non assuré en vertu du décret 1374-84 (Chirurgie esthétique).
- 462 Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon les pièces justificatives présentées pour d'autres moyens de transports.
- 475 Conformément au maximum prévu à la règle 8 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*.
- 476 Conformément au maximum prévu à la règle 8 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 477 Conformément au maximum prévu à la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*.
- 478 Conformément au maximum prévu à la règle 9 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- # 479 Conformément au maximum prévu à la règle 10 ou à la règle 11 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*.
- # 480 Conformément au maximum prévu à la règle 10 ou à la règle 11 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie*, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.

- 490 En raison de la règle 8.4 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, la chirurgie bilatérale pratiquée sur le deuxième œil est soumise à l'application du modificateur **013**.
- 491 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 14.
- 492 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 14, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 493 Le code d'acte est non payable avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, conformément aux maximums prévus aux règles 1 et 2 de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence*. Veuillez vous référer à la règle 3 de cet addendum, s'il y a lieu.
- 496 Selon le libellé (description) de cet acte, une seule unité est payable par jour.
- 497 Les honoraires de cet acte sont inclus dans la prestation de la visite, de la consultation ou d'un autre acte associé indiqué en référence.
- 498 Conformément à la note sous la section *Seins* de l'onglet *Peau-Phanères*, cet acte est soumis au modificateur **414**.
- 499 Conformément aux notes de l'onglet *Peau-Phanères* ou de la section *Muscles* de l'onglet *Musculo-Squelettique*, cet acte est soumis au modificateur **014**.
- 500 L'acte est non tarifé. Voir la règle 4 du préambule général du tarif d'honoraires.
- 501 Acte déjà tarifé. Soumettre une nouvelle demande de paiement pour cet acte, conformément à la règle 16 du préambule général.
- 502 Conformément à la règle 4 du préambule général, lorsqu'un service médical non tarifé est facturé, une description détaillée de ce service doit être fournie.
- 503 Selon votre spécialité de classement, vous ne pouvez demander ce code d'acte.
- 504 Code d'acte payable les week-ends et les jours fériés seulement.
- 505 En raison du libellé de la rubrique *Gastro-entérologie* (Procédés diagnostiques et thérapeutiques), cet acte est soumis à l'application du modificateur **068**.
- 506 Code d'acte payable les fins de semaine seulement.
- 507 La date de sortie de l'établissement est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 508 Conformément à la règle 5.4 du préambule général du tarif de la médecine et de la chirurgie, cet acte ne peut être réclamé par le même professionnel plus d'une fois par période d'hospitalisation ou plus d'une fois par jour à la clinique externe.
- 509 En raison de la règle 8.1 du préambule général, cet acte est soumis à l'application du modificateur **050**.
- 510 En raison de la *Lettre d'entente n° 3 (Brochure n° 1)*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511 En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la *Lettre d'entente n° 3 (Brochure n° 1)*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 512 En raison de la règle 22.1 du préambule général, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur **075**.
- 513 En raison de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 2 - Pédiatrie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

- 514** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 2 - Pédiatrie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 515** En raison de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 2 - Pédiatrie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 516** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 2 - Pédiatrie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 517** En raison de la règle 8.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est soumis à l'application du modificateur **050**.

S

- 519** En raison de la règle 1.1 et 2.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 520** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 1.1 et 2.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 522** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 3.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 6.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 526** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 2.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 527** En raison de la règle 4.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 528** En raison de la règle 8.3 du préambule général, cet acte est soumis à l'application du modificateur **069**.
- 529** En raison de la règle 6.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 530** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 6.2 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

- 531 En raison de la règle 5.1 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur **024**, **025** ou **026**.
- 532 Conformément à la note sous les codes **00847**, **00848**, **00849** et **20068**, présente sous l'onglet *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, ces codes d'acte sont soumis au modificateur **145**.
- 534 Selon les renseignements complémentaires fournis, le code d'acte figure à la nomenclature de l'entente en vigueur à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 539 En raison de la règle 1.1 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 540 Selon la règle 7.1 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.
- 541 Conformément au maximum prévu à la règle 6.7 de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence*.
- 542 En raison de la règle 2.1 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 543 En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 2.1 de l'*Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 544 En raison de la règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance.
- 545 En raison de la règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 546 En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 547 En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 548 En raison de leur libellé (description) et de la règle 12.1 du préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 549 Tel que spécifié dans la règle d'application n° 2, cet acte doit être accompagné de notes explicatives.
- 550 Le rôle demandé n'étant pas négocié pour cet acte, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre fédération relativement à cet acte.
- 551 Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui s'appliquent dans un établissement hospitalier d'une région insuffisamment pourvue de professionnels de la santé ou dans ceux visés par la *Lettre d'entente A-96, 98 (Brochure n° 1)*.
- 552 Conformément à la note 2 (Système cardiaque), lors d'une chirurgie valvulaire ou aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, le modificateur **045** s'applique.
- 553 Le rôle est absent ou invraisemblable.

- 554** Le rôle demandé est inexistant pour ce code d'acte.
- 555** Conformément à la règle 8.1 i) de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence* du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 556** En raison de la règle 4.1 de l'*Addendum 6 - Obstétrique Gynécologie*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 557** Conformément à la règle 8.1 ii) de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence* du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement en établissement ailleurs qu'à la salle d'urgence.
- 558** Conformément à la règle 22, 24, 25 ou 30 du préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- # 559** Conformément à la règle 1.1, 2.1, 2.2 ou 6.7 de l'*Addendum 11 - Médecine d'urgence* du *Manuel des médecins spécialistes*, le modificateur **187** s'applique seulement à la salle d'urgence.
- 560** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec le rôle demandé par un autre professionnel pour le même code d'acte.
- 561** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec celui demandé pour le même code d'acte sur la demande de paiement indiquée en référence.
- 562** Selon leur définition ces rôles ne peuvent être demandés simultanément pour le même acte.
- 563** Le rôle et la spécialité sont incompatibles pour ce code d'acte.
- 564** Conformément à l'article 4.1 de l'annexe 40 (*Brochure n° 5*), le modificateur **189** est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis.
- 565** En raison de la règle 8.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 566** En raison de la règle 8.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 567** En raison de la règle 8.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, les honoraires de l'acte, dont le tarif est le moins élevé, sont payés à demi-tarif.
- 568** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle 10 de l'*Addendum 4 - Chirurgie* pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.
- 569** Conformément à la règle 3.3 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le modificateur **134** s'applique lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre.
- 570** Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte.
- 571** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui ne s'appliquent pas à l'acte facturé sur la demande de paiement.
- 572** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec le rôle inscrit pour ce code d'acte.

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

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

- 611 Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 8.
- 613 Dépassement du maximum de visites de suivi oncologique payables.
- 614 Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 615 Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la ligne de service ou sur la demande de paiement.
- 616 Le maximum prévu aux différentes listes de gardes selon l'annexe 25 (*Brochure n° 1*) est dépassé. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (détail des heures, si disponible) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 617 Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 618 Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 619 Conformément à l'article 2.1 de la *Lettre d'entente n° 75 (Brochure n° 1)*, il ne peut être payé qu'un forfait par période de six jours consécutifs.
- # 620 Le supplément pour la récurrence est non payable, conformément à l'article 5.5 de l'annexe 25 (*Brochure n° 1*), en raison d'un des critères ci-dessous :
- au cours d'une année civile, 182 jours de garde en disponibilité locale, en support ou multi-établissements en anesthésiologie ou en chirurgie générale n'ont pas été assumés;
 - ou une garde en disponibilité locale en anesthésiologie ou en chirurgie générale n'a pas été assumée en surplus.
- 621 Conformément à l'annexe 24 (*Brochure n° 1*), seuls les médecins désignés par la CSST ou pour l'IVAC peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 622 Conformément à l'annexe 24 (*Brochure n° 1*), seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 623 Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624 Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 625 Conformément aux tarifs en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 626 Conformément à la règle 16 du préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.
- 627 Facturation non conforme aux dispositions de la *Lettre d'entente n° 97 (Brochure n° 1)*.
- 628 Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 5.
- 629 Seuls les anesthésiologistes ou les chirurgiens généraux faisant partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la FMSQ ont droit à la prime de remplacement (réf. : article 2.2 de l'annexe 32).

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

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

- 670** Selon la liste des établissements désignés à l'annexe 42, le maximum de garde téléphonique prévu pour le regroupement d'établissements dont vous faites partie est dépassé.
- 673** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 32.
- 674** Conformément au maximum prévu à la règle 2 ou à la règle 5 de l'*Addendum 2 - Pédiatrie*.
- 675** Conformément à l'article 6 de l'annexe 24 (*Brochure n° 1*), seuls les médecins président des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 676** Conformément aux explications paraissant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.
- 677** Tel que mentionné à l'avis sous l'acte, veuillez inscrire ZZZZ01010112 dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 681** Seuls les trois premiers codes d'acte de chaque section de la demande de paiement ont été évalués.
- 682** Consécutivement à une évaluation médicale et selon les renseignements fournis.
- 683** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur à la date des services et selon les renseignements inscrits sur la demande de paiement.
- 684** Conformément à l'article 7 de l'annexe 24 (*Brochure n° 1*), seuls les médecins président des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 686** Conformément à la règle 16 du préambule général, lorsqu'un acte inscrit au tarif avec la mention « Considération spéciale » est facturé, cet acte doit être accompagné des renseignements décrivant l'acte posé, incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire.
- 687** Selon l'annexe 26 ou 33 (*Brochure n° 1*), un seul supplément peut être payé pour un même tour de garde.
- # **688** Selon la règle 36.2 du préambule général, le code 17001 est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 10 kilomètres (unidirectionnel).
- 689** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 690** Lettre explicative envoyée sous pli séparé.
- 691** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif avant l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négociés.
- 692** Honoraires modifiés pour correspondre à ceux prévus au tarif depuis l'entrée en vigueur d'une modification ou d'un amendement négociés.
- 693** En vertu de la règle 11 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*, le médecin anesthésiologiste est rémunéré au demi-tarif jusqu'au 30 septembre 2004 et à 1 % du tarif à compter du 1^{er} octobre 2004 pour l'anesthésie entreprise auprès d'un deuxième malade, alors qu'une première anesthésie est déjà en cours auprès d'un premier malade, sauf s'il s'agit d'une urgence grave mettant en danger la vie du patient ou d'un cas d'obstétrique.

- 694 Conformément à l'annexe 26 ou 33 (*Brochure n° 1*), cet acte ne peut être rémunéré puisque, selon les renseignements fournis, les conditions d'application établies pour le remplacement pour congé de certains médecins attachés aux établissements hospitaliers désignés par le ministre, ne sont pas satisfaites.
- 696 Le code d'acte a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 697 Le rôle a été modifié pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 698 Les honoraires ont été modifiés pour correspondre aux renseignements fournis par le chirurgien principal.
- 699 Facturation inadéquate de l'un des codes d'acte de « supplément de garde en disponibilité lors d'un remplacement ». Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à l'annexe 26 ou 33 (*Brochure n° 1*).
- 700 Sur cette demande de paiement, seule la ligne DÉPLACEMENT est remplie. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement en indiquant en plus, la date du code d'acte auquel le déplacement s'applique, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 701 Le nombre de kilomètres est absent sur la demande de paiement.
- 702 Les honoraires sont modifiés en fonction des renseignements contenus dans les pièces justificatives.
- 703 Le formulaire *Demande de remboursement des frais de déplacement* (1988) n'a pas été rempli.
- 704 Selon la *Lettre d'entente n° 75* (*Brochure n° 1*), le code **09893** est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de six jours consécutifs.
- 705 Les honoraires demandés pour le kilométrage sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante ou le code d'établissement et l'information fournie ne permet pas de corriger cette incompatibilité. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 706 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 31.
- 707 Aucuns frais de déplacement n'étant acceptés, le temps de déplacement ne peut être payé par la Régie.
- 708 La distance inscrite sur la demande de paiement et les honoraires demandés en relation, ont été modifiés ou refusés en fonction de la distance **unidirectionnelle** établie selon les outils de mesures déterminés par les parties négociantes.
- 709 Frais de déplacement non acceptables. Selon l'annexe 23 (*Brochure n° 1*), la distance parcourue doit être de plus de 40 kilomètres si vous utilisez uniquement votre véhicule personnel ou, si vous utilisez d'autres moyens de transport, vous devez inclure le kilométrage dans les frais demandés (utilisation de l'acte **09991**), pour tous les moyens de transport utilisés pour votre déplacement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 710** Seul l'original d'un document est accepté comme pièce justificative. Les honoraires reliés aux frais de déplacement sont donc refusés.
- 711** Selon l'annexe 23, les codes **09991** et **09992** sont payables seulement lors d'un déplacement en vue d'assurer des services dans un territoire désigné.
- 712** Selon l'annexe 23, vous n'êtes pas admissible au remboursement du temps de déplacement.
- 713** Conformément à l'annexe 23, les frais de déplacement s'appliquent seulement au médecin spécialiste qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier du Québec.
- 714** Selon l'annexe 23, vous n'êtes pas admissible au remboursement des frais de déplacement.
- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.
- 716** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 717** Selon l'article 2.1a de l'annexe 23, les frais de déplacement ne sont remboursables que sur présentation de pièces justificatives.
- 718** Les frais d'un seul déplacement par semaine dans un même centre hospitalier sont payables en vertu de l'article 3 de l'annexe 23.
- 719** Les honoraires ont été ajustés ou refusés conformément aux dispositions de l'annexe 23.
- 720** Selon l'annexe 23, les frais de séjour ne sont pas remboursables par la Régie.
- 721** Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'annexe 23. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- 722** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 29.
- 723** Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 28.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- # **725** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé selon le nombre de kilomètres accepté ou selon les renseignements fournis.
- # **726** Quand vous recevez une activité de ressourcement dans un territoire non-désigné, la Régie vous rembourse le coût de location d'un véhicule ou d'un billet d'avion commercial, jusqu'à concurrence des frais payables pour l'utilisation de votre véhicule personnel.
- # **728** Cette demande de remboursement a été refusée, car les frais de déplacement ne sont pas payables par le mode de rémunération à l'acte mais plutôt dans un autre mode de rémunération. La demande a été introduite dans le système de rémunération approprié et elle paraîtra de nouveau sur un prochain état de compte.
- 729** En raison de la règle 4 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, la majoration des honoraires ne s'applique pas.

- 730** Remboursement à la personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie.
Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 731** Les honoraires ont été ajustés selon les renseignements fournis (règle 9.1 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*).
- 732** La réclamation des frais de kilomètre n'est pas acceptée étant donné que le temps de déplacement (**09992**) ou le service qui les justifie a été refusé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 735** Conformément à la règle 4.1 de l'*Addendum 8 - Ultrasonographie, annexe 5 - Tarif de la médecine de laboratoire*, cet acte est soumis à l'application du modificateur **051** ou **038**.
- 736** Conformément à la règle 23.1 du préambule général, le modificateur **060** est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
- 737** Selon la règle 13 de l'*Addendum 5 – Appareil musculo-squelettique*, le code postal ou le numéro d'établissement ne correspond pas au lieu de pratique principal.
- 738** En raison de la règle 2.1 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur **027**.
- 739** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 3.2 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 740** Selon la règle 4 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, la majoration d'honoraires pour réduction ouverte (MOD=**039**) ainsi que celle pour la reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments (MOD=**020**) ne s'applique pas s'il y a micro-anastomose neurovasculaire.
- 741** En raison de la règle 3.2 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur **049**.
- 742** En raison de la règle 3.2 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est non payable avec celui indiqué en référence.
- 743** En raison de la règle 6.1 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 744** En raison de la règle 12.1 du préambule général et de la règle 6.1 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 745** Le code d'acte n'est pas payable ou est inclus dans le code cité en référence comme mentionné dans son libellé.
- 746** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*).
- 747** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*) et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 748** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*).
- 749** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'annexe 30 (*Brochure n° 1*) et déjà facturé par un autre professionnel.

- 750 Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 751 En raison de la règle 4.9 de l'annexe 29 (*Brochure n° 1*), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs.
- 752 En raison de la règle 4.9 de l'annexe 29 (*Brochure n° 1*), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs et il est déjà facturé par un autre professionnel.
- 753 Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'annexe 29, dans la *Brochure n° 1*).
- 754 Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures et il est déjà facturé par un autre professionnel (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'annexe 29, dans la *Brochure n° 1*).
- 755 Facturation inadéquate de la prime de remplacement. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 757 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 21.
- 758 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 22.
- 759 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 23.
- 760 Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.
- 761 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 26.
- 762 Facturation inadéquate du code de supplément de garde. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 763 La prime de remplacement (code **09213**) ne peut être payée au médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'annexe 36.
- 764 Conformément au maximum prévu à la *Lettre d'entente n° 102, 112 ou 128 (Brochure n° 1)*. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (détail des heures, si disponible) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 765 Conformément au maximum prévu à la *Lettre d'entente n° 102 ou 112 (Brochure n° 1)* et déjà facturé par un ou plusieurs professionnels.
- 766 Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 767 Conformément au maximum prévu à la règle d'application n° 30.
- 768 Conformément au maximum prévu à l'article 2 de la règle d'application n° 19.
- 769 En raison de la règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.

- 770 En raison de la règle d'application n^o 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et réclamé par un autre professionnel.
- 771 En raison de la règle d'application n^o 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur **041**.
- 772 En raison de la règle d'application n^o 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur **041**. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 773 En raison de la règle 8.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 774 En raison de la règle 8.3 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*, les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 775 Honoraires refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec (*Lettre d'entente n^o 172*).
- 776 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 777 Absence de services justifiant la réclamation de vos frais de déplacement.
- 778 Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'*Addendum 9 - Génétique médicale*.
- 779 Conformément au maximum prévu à la règle 2.2 de l'*Addendum 9 -Génétique médicale*.
- 780 En raison de la règle 3.1 de l'*Addendum 9 - Génétique médicale*, le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.
- 781 En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable**.
- 782 En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable** et facturé par un autre professionnel.
- 783 La visite de départ doit être effectuée le dernier jour de l'hospitalisation de la personne assurée.
- 784 En raison de la règle 5.2 du préambule général, la visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures.
- 785 Seuls les médecins bénéficiant de la rémunération mixte peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement.
- 786 Selon la *Lettre d'entente n^o 133 (Brochure n^o 1)*, le code d'acte **09724** est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de 3 jours consécutifs, du lundi au vendredi.
- 787 Cet acte ne peut être répété le même jour.
- 788 Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre médecin.
- 789 Un seul forfait par jour est payable selon les conditions de la *Lettre d'entente n^o 135 ou 138 (Brochure n^o 1)*.

- 790** En raison de la note inscrite sous le code d'acte **00643**, vous ne pouvez vous prévaloir du code d'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 794** Selon l'annexe 23, le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- # **795** Le maximum de l'indemnité accordée pour le temps d'attente relié au transport utilisé est dépassé.
- 796** Lors d'un déplacement, seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- # **797** Le temps de déplacement a été rectifié selon les heures d'arrivée et de départ indiquées par le transporteur aérien.
- 800** Le service facturé ne respecte pas les modalités de facturation reliées aux conditions d'émission du permis pour l'établissement.
- 801** Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 802** Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 803** Le code d'établissement ou de localité, selon le cas, est manquant, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 804** Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est inexistant à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 806** Conformément à l'annexe 10 (*Brochure n° 1*), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 807** Selon la règle d'application n° 9 - *Obstétrique-Gynécologie*, ce code d'acte est incompatible avec le code d'établissement.
- 808** Conformément à la règle d'application n° 11, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 809** Conformément à la règle d'application n° 12, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 811** Le médecin spécialiste en radiologie ne peut être rémunéré dans ce type de laboratoire.
- 812** Seul le médecin spécialiste en radiologie peut être rémunéré en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 813** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 814** Les consultations (R=1) ne sont pas payables dans ce type de laboratoire.
- 816** Conformément à l'annexe 25 (*Brochure n° 1*), le code d'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés.
- 817** Les traitements de réadaptation physique donnés en clinique sont payables seulement lorsque le propriétaire exploitant, le 30 juin 1987, était un médecin physiatre.
- 818** Selon l'article 3 de l'annexe 16 (*Brochure n° 1*), celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires de la Régie pour sa pratique en établissement. De plus, les renseignements fournis, ne nous permettent pas d'identifier une des exceptions prévues à la *Lettre d'entente n° 25* ou à l'article 3.1 de l'annexe 16.
- 820** Les services ne peuvent être rémunérés selon le tarif de la pratique en centre hospitalier, car l'établissement ne figure pas à l'annexe de la *Lettre d'entente A-33 (Brochure n° 1)*.
- 821** La date d'entrée à l'établissement est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 822** La date d'entrée à l'établissement ou à l'unité coronarienne est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 825** Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé, Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 826** Conformément à l'annexe 27 (*Brochure n° 1*), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 827** Conformément à l'annexe 28 (*Brochure n° 1*), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.

- 830** Conformément à la *Lettre d'entente n° 13 (Brochure n° 1)*, les traitements de physiothérapie donnés en clinique ne peuvent être facturés pour les personnes assurées âgées de moins de 65 ans.
- 831** Le modificateur **170** ne peut être autorisé lorsqu'il est facturé dans un établissement autre qu'un de ceux reconnus par le ministre versus certains actes s'appliquant à la téléhémodialyse.
- 833** Conformément à l'annexe 26 ou 33 (*Brochure n° 1*), le code d'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés par le ministre.
- 834** Conformément à la *Lettre d'entente n° 75 (Brochure n° 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 838** Le maximum de forfaits de garde est dépassé. S'il y a lieu, veuillez joindre à votre demande de révision, la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou détail des heures, si disponible) signée par le directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.
- 839** Conformément aux annexes 10, 27 et 28 (*Brochure n° 1*), le modificateur **073** est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 841** Celui qui est rémunéré au *per diem* ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures prévues à l'annexe 15 et à la *Lettre d'entente A-96, 98 ou 123 (Brochure n° 1)*.
- 842** En psychiatrie, seules sont payées les assignations pour une garde dans un centre hospitalier situé à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec (réf. : annexes 25, 26 ou 33 dans la *Brochure n° 1*).
- 843** Conformément à la *Lettre d'entente n° 95 (Brochure n° 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 844** Conformément à la *Lettre d'entente n° 96 ou 123 (Brochure n° 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 845** Les services réclamés par un médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'annexe 36 doivent être dispensés dans l'établissement visé à l'avis de désignation présent dans nos fichiers à la date de service.
- 846** Conformément à la *Lettre d'entente n° 124 (Brochure n° 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 847** En application des dispositions relatives au mode de rémunération mixte, les honoraires du code d'acte et/ou du modificateur facturé ne peuvent être payés (réf. : annexes 38 ou 40 - *Brochure n° 5*).
- 849** Ce forfait de garde est refusé ou modifié suite à l'information obtenue du Directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement.

- 858** Conformément à la *Lettre d'entente n° 122 (Brochure n° 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 859** Conformément à la *Lettre d'entente n° 102 (Brochure n° 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 861** Conformément à la *Lettre d'entente n° 112 (Brochure n° 1)*, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 862** Conformément à la règle 27 du préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- 866** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis de désignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour ce modificateur. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 870** Conformément à l'article 8.6 de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), le médecin spécialiste qui facture le montant forfaitaire au cours d'un jour de ressourcement ne peut demander le paiement d'autres honoraires à la Régie pour cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 871** Ce service ne doit pas être refacturé. Conformément à l'article 11.1 de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*) ou à l'article 7.1 de l'annexe 40 (*Brochure n° 5*), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* ou un montant forfaitaire au cours d'une journée, ne peut être rémunéré en cabinet privé pour les services médicaux dispensés au cours de la même période.
- 872** Conformément à l'article 12.1 de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* au cours d'une journée ne peut être rémunéré pour ces services médico-administratifs lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs mentionnés à l'article 3.2 de cette même annexe. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 873** Ce service ne doit pas être refacturé. Conformément à l'article 14.1 de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*) ou à l'article 10.1 de l'annexe 40 (*Brochure n° 5*), le médecin spécialiste qui facture un *per diem* ou un montant forfaitaire au cours d'une journée travaillée au sein d'un hôpital, ne peut être rémunéré dans un autre hôpital pour des services médicaux dispensés au cours de la même période, à moins que le mode de rémunération mixte ne s'applique également dans cet autre hôpital.
- 874** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), le médecin spécialiste en anesthésiologie qui facture un supplément d'honoraires de 70 %, entre 7 h et 17 h, dans un des centres de douleur chronique ne peut demander le paiement d'un autre supplément d'honoraires au cours de cette période de 7 h à 17 h. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 875** Conformément aux modalités particulières décrites au tableau des suppléments d'honoraires de l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), en Obstétrique-Gynécologie, ces actes ne sont pas payables entre 7 h et 17 h une journée où le médecin exerce en cabinet privé et doit se rendre d'urgence à l'établissement. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 876** Conformément à l'article 4.2 de l'annexe 10, le médecin qui réclame le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu à l'annexe 25 ne peut réclamer le paiement de la prime de garde prévue à l'article 3.1 (*Brochure n° 1*). Ce service ne doit pas être refacturé.

- 880** Service révisé à la suite de l'analyse de votre facturation par la Régie. Aucune refacturation n'est possible pour ce service. Seule une demande de révision est possible.
- 883** Conformément au maximum prévu à l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), les honoraires de ce service ne sont pas payables.
- 884** Conformément au maximum prévu à l'annexe 38 (*Brochure n° 5*), les honoraires de ce service ne sont pas payables car facturés par un autre professionnel.
- 885** Selon les annexes et les lettres d'entente régissant la garde en disponibilité, un seul supplément de garde est payable le même jour.
- 892** Service modifié ou révisé à la suite d'une évaluation médicale par la Régie et selon les renseignements fournis. Aucune refacturation n'est acceptée pour ce service. Seule une demande de révision peut être présentée accompagnée des renseignements complémentaires qui justifient votre facturation.
- 900** Demande de paiement annulée à la suite de votre demande.
- 901** L'exemplaire du médecin a été envoyé à la place de la copie de la Régie.
- 902** Demande de paiement ou document non dûment signé.
- 903** Demande de paiement endommagée.
- 904** Demande de paiement non rédigée sur le formulaire approprié à votre catégorie de professionnel.
- 905** Demande de paiement révisée et modifiée selon les renseignements fournis sur votre demande de révision.
- 906** Les données inscrites sur la demande de paiement sont illisibles. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 907** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités de facturation. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section *Prévalidation* du rapport « Retour d'erreurs » transmis par la Régie.
- 908** Il y a recouvrement du pré paiement de cette demande de paiement. Il est inutile de soumettre une autre demande puisque votre première demande sera réévaluée aux fins de paiement et paraîtra sur un état de compte ultérieur.
- 909** Aucun service n'est inscrit sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- 912** Selon la règle 15 de l'*Addendum 4 – Chirurgie*, ce supplément est payable uniquement s'il est accompagné d'une chirurgie qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologistes (rôle 2).
- 914** Lorsqu'un acte à traitement collectif est facturé, les numéros d'assurance maladie des personnes assurées concernées doivent être inscrits tel qu'indiqué à la section 3.2.4.2 sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 915** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 917** Cet acte est payable une seule fois par accident de travail ou par récurrence, rechute ou aggravation suite à une consolidation (RRA).
- 918** Tout acte dont les honoraires demandés sont de 10 000 \$ ou plus doit être facturé sur deux demandes de paiement différentes tel qu'expliqué à l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez corriger et soumettre de nouvelles demandes de paiement.
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire 1549.
- # 921** Facturation non conforme aux conditions de votre limitation de pratique.
- 923** Consécutivement à une appréciation d'ordre administrative, le forfait de la garde multi-établissements réclamé est remplacé par celui de la garde locale (art. 7.3 de l'annexe 25).
- 924** Les honoraires de la garde multi-établissements ne sont pas payables. Selon les renseignements obtenus auprès d'un des établissements, la garde locale pour cette discipline y a été effectuée par un autre professionnel. S'il y a lieu, vérifier et refacturer les honoraires d'une garde locale pour cette discipline et cet établissement au cours de cette journée (art. 7.2 de l'annexe 25). Cependant, si vous croyez avoir droit à une garde multi-établissements, aucune refacturation n'est possible. Seule une demande de révision est possible.
- 925** À la suite des communications antérieures.
- 926** Ce code d'acte médico-administratif est non payable pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis ou la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 936** Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.
- 937** Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.

- 938** Service déjà réclamé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire, ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres, est manquant ou est erroné. Voir la section 3.2.2, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 941** Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est manquant ou erroné. Voir la section 3.2.5, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 942** La date des services est manquante, incomplète ou erronée. Voir la section 3.0, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 944** Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus, doit figurer seul dans la section *Actes* de la demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 946** Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 950** Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951** Paiement rectifié à la suite d'une étude du service des Enquêtes.
- 952** Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.
- 959** Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960** Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.
- # 964** La Régie ne peut déterminer que ce service de stimulation ovarienne hors FIV a été rendu en vue d'une insémination artificielle. Voir le point 2.7 de l'infolettre 127 pour connaître les instructions relatives à la facturation selon les règles applicables, ou à la révision si la personne assurée est admissible aux mesures transitoires et finales.
- 965** En raison de l'article 3 à l'annexe 41 portant sur le mode de rémunération exclusif, le code d'acte est non payable en regard du forfait quotidien de douleur chronique ou du forfait de prise en charge de patient. Ce service ne doit pas être refacturé.
- 966** En raison de la note sous l'acte **09433**, le code d'acte est non payable le même jour que l'angioplastie transluminale, en regard de celui indiqué en référence.
- 967** En raison de la note sous l'acte **09433**, le code d'acte est non payable le même jour que l'angioplastie transluminale, en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

- 968 En raison de la règle 1 (règle 2 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 1 - Médecine*, le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis, le code d'acte est **non payable** s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les enseignements inscrits à l'avis.
- 971 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 972 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 973 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 974 En raison de la règle 11 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence.
- 975 En raison de la règle 11 de l'*Addendum 5 - Musculo-squelettique*, le code d'acte est **non payable** en regard de celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 980 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 981 Le code d'acte est **non payable ou incompatible** en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis. Il devrait être facturé, sous réserve, par l'entremise du code d'acte indiqué en référence.

- 982** Le code d'acte est **non payable ou incompatible** avec celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'avis.
- 996** Selon l'information que nous détenons, le service facturé ne répond pas aux conditions prévues par les mesures transitoires et finales. Veuillez vous référer à l'infolettre 265 du 4 février 2016 pour connaître les conditions d'admissibilité et nous fournir des renseignements additionnels par le biais d'une demande de révision, s'il y a lieu.
- 997** Demande de paiement reçue par support informatique mais non conforme aux modalités relatives à l'application des programmes. Les erreurs identifiées ont été inscrites à la section *Règlement* du rapport « Retour d'erreurs » transmis par la Régie.
- 998** À l'usage de la Régie; ne pas tenir compte.
Dossier assujéti aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 999** À l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.

INDEX*Page*

1. RÈGLES D'APPLICATION	2
2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS	16
3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE	20
PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX	20
PLAFONNEMENTS PARTICULIERS	21

7. RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION N° 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

+ *Abrogé.*

RÈGLE D'APPLICATION N° 2

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

On ne peut ajouter au tarif d'une visite, celui d'une thérapie de communication, sauf si le temps consacré au malade a dépassé 60 minutes.

Celui qui demande paiement d'une thérapie de communication, doit joindre au relevé d'honoraires des notes explicatives.

RÈGLE D'APPLICATION N° 3

OPHTALMOLOGIE

Actes chirurgicaux

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

Ces chirurgies sont :

- + 07801 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie
- + 07802 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie
- 07051 Sphinctérotomie
- 07052 Synéchotomie irienne (corélyse)
- 07137 Iridectomie périphérique ou complète

S

- 07814 Corectopie
- 07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire
- 07331 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction
- 07330 Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie

RÈGLE D'APPLICATION N° 4

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 6

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

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

S

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 7

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 8

URGENCES

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 9

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 10**ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE**

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 11**TOMODENSITOMÉTRIE**

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 12**RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 14**OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA**

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 18

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 19**CARDIOLOGIE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. *Abrogé.*

5. Les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux », sont rémunérés aux trois quarts du tarif lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient, par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services médicaux à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Inscrire le modificateur **041** dans la case MOD pour demander 75 % des tarifs de l'un ou l'autre des codes d'acte **08303** ou **08311**. Voir sous l'onglet K - Ultrasonographie du manuel des services de laboratoire en établissement.*

+ Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas le premier de ces services lorsque celui-ci donne droit au supplément de télémedecine prévu au Protocole concernant la télémedecine et qu'il est dispensé auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

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

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du préambule général de l'annexe 5.

+ La présente règle ne s'applique également pas au service subséquent lorsque dispensé à un patient hospitalisé ou vu à la salle d'urgence. Cette exception n'est toutefois applicable qu'une fois par établissement.

6. Le service médical « Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Inscrire le modificateur **041** dans la case MOD pour demander 75 % du tarif du code d'acte **00176**.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque ce service médical est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

RÈGLE D'APPLICATION N° 20

NEUROCHIRURGIE

En neurochirurgie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques et les chirurgies pratiquées au cours d'une même séance, au même site.

L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en neurochirurgie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

RÈGLE D'APPLICATION N° 21

CHIRURGIE

En chirurgie, sauf en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.

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

En urologie, l'honoraire d'une visite principale, en clinique externe ou en cabinet privé, n'est également exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, à l'exception de la visite principale effectuée auprès d'un patient de 12 mois ou moins qui peut être réclamée une fois par période de trois mois (pour les patients de 12 mois ou moins, utiliser le code d'acte 15596 en cabinet privé et le code d'acte 15597 en clinique externe).

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

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer ou d'une tumeur intracrânienne, ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois.

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

Aux fins de l'application de la présente règle, la visite à la demande d'une sage-femme, la visite à la demande d'un optométriste et la visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste sont considérées comme une visite principale.

AVIS : *Pour le médecin classé en chirurgie générale ou en chirurgie vasculaire, inscrire le modificateur **143** dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer et inscrire le modificateur **003** pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.*

*Pour le médecin classé en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, inscrire le modificateur **194** dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer et inscrire le modificateur **003** pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.*

*Pour les autres spécialités, inscrire le modificateur **003** dans la case MOD en regard de la visite principale, pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer ou pour une tumeur intracrânienne ou en raison d'une transplantation d'organe.*

Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

RÈGLE D'APPLICATION N° 22

DERMATOLOGIE

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

Toutefois, un malade suivi pour un cancer, peut être vu pour une nouvelle visite principale aux trois mois.

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

AVIS : *Inscrire le modificateur 003 dans la case MOD en regard de la visite principale pour signifier qu'il s'agit d'un malade suivi pour un cancer. Voir la section 3.2.8.1 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

2. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie ou de photochimiothérapie, le paiement de l'honoraire d'une visite effectuée à la même séance.

3. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, de photochimiothérapie ou de photodynamie qu'un seul traitement par jour.

RÈGLE D'APPLICATION N° 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

- + En cabinet privé, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 4 mois, par patient.
- + En clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 7 jours, par patient.

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 24

NEUROLOGIE

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de deux (2) mois pour un même patient. Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire pour un supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de six (6) mois pour un même patient.

RÈGLE D'APPLICATION N° 25

UROLOGIE

1. En urologie, la rémunération pour les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques sous la rubrique BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES ainsi que la rémunération pour le service médical « implantation sous-cutanée de substances hormonales » sont comprises dans la tarification du service médical principal.
2. En urologie, le médecin qui voit un patient pour une injection médicamenteuse (papavérine ou autre) pour traiter l'impuissance n'a pas droit au paiement d'honoraires de visites.
3. En urologie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient.

RÈGLE D'APPLICATION N° 26

PSYCHIATRIE

1. En psychiatrie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, en clinique externe ou en cabinet privé.
Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.
2. En psychiatrie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient, en ce qui a trait aux visites de contrôle et aux tournées de malades.

RÈGLE D'APPLICATION N° 27

MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

1. En médecine interne, le supplément de consultation est payable quatre fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.
En rhumatologie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.
- + 2. En gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, en cabinet privé. En clinique externe, il n'est exigible que deux fois par année, par patient.
2. En médecine interne, rhumatologie et gériatrie, l'honoraire d'une visite de contrôle n'est exigible qu'une fois par semaine, par patient, en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d'accueil.
- + 3. Pour un patient hospitalisé, un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par période de sept (7) jours, par médecin spécialiste en médecine interne, pour une même hospitalisation.
Les autres visites, qui ne peuvent être considérées comme une visite de transfert, selon la règle 5.2 du Préambule général, sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas la visite principale du patient qui est effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général par un médecin classé en médecine interne qui voit ce patient pour la première fois durant l'hospitalisation. On ne considère également pas la visite principale du patient qui est effectuée à la salle d'urgence ou aux soins intensifs.

RÈGLE D'APPLICATION N° 28

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

1. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical « Cheville, fracture, uni, bi, trimalléolaire, réduction fermée », (code 02708), lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture de la cheville identifié par les codes de facturation 02727, 09542, 18068, 18069 ou 18070.
 2. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical de réduction fermée pour fracture du fémur identifié par le code de facturation 02690, lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture du fémur identifié par les codes de facturation 02673, 02687, 02714, 02716, 02742, 09589 ou 18107.
 3. En chirurgie orthopédique, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient.
-

RÈGLE D'APPLICATION N° 29

ALLERGIE

- + 1. En allergie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par mois, par patient, en clinique externe ou en cabinet privé.
- Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.
-

RÈGLE D'APPLICATION N° 31

NÉPHROLOGIE

En néphrologie, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, incluant la tournée des malades.

Cette règle ne s'applique toutefois pas aux visites effectuées à la salle d'urgence ou aux soins intensifs, aux visites de dialyse prévues à l'onglet Consultation et examen et aux visites accomplies en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

RÈGLE D'APPLICATION N° 32

EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

- + L'honoraire des services médicaux « tumeur bénigne ou précancéreuse, Face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou précancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) ne peut être réclamé plus d'une fois chacun, par patient, au cours d'une même séance.
-

RÈGLE D'APPLICATION N° 33

ENDOCRINOLOGIE

En endocrinologie, la rémunération des services médicaux suivants est comprise dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale :

- Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient
 - Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire
 - Perfusion continue d'insuline
-

RÈGLE D'APPLICATION N° 34

RADIO-ONCOLOGIE

- + En radio-oncologie, les honoraires des services médicaux « Étude de dosimétrie prévisionnelle » (code 08521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomодensitométrie » (code 08522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 08547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour.
-

RÈGLE D'APPLICATION N° 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 36

PHYSIATRIE

Abrogé.

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS

2.1 PA 1. Nerf somatique

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

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

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

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

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

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

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

2.5 PA 13. Microbiologie

+ *Abrogé.*

+ 2.6 PA 17. Ophtalmologie

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

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

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

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

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

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

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Le service médical « Excision, corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) » (code 07197), est sujet à un plafonnement de 25 par semestre.

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

2. Le service médical « audiométrie tonale, interprétation et technique de procédé », (code 00180), est sujet à un plafonnement de 500 par semestre.

3. Le service médical « audiométrie tonale et vocale, interprétation et technique de procédé », (code 00747), est sujet à un plafonnement de 750 par semestre.

4. Le service médical « impédancemétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale », (code 00796), est sujet à un plafonnement de 250 par semestre.

2.8 PA 20. Visites à domicile

T Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 62 400 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

T Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 68 300 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

Les examens in vitro de la section Médecine nucléaire du Tarif de la médecine de laboratoire, sont sujets au plafonnement de 42 000 \$ par semestre.

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

1. Pour le médecin classé en médecine interne, en rhumatologie ou en gériatrie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades le week-end est plafonné à 2 950 au total pour les deux, par semestre, à l'égard des patients hospitalisés en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée, exception faite des tournées des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 625 \$ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.13 PA 29. Neurologie

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 séances par semestre comprenant un ou plusieurs des actes suivants :

Code 00356 Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles

Code 09412 Électromyographie extensive, 7 muscles et plus

Code 00357 Étude de la conduction nerveuse

AVIS : *Tout supplément d'activité sera payé au quart du tarif.*

2. Pour le médecin classé en neurologie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades est plafonné à 1 650 au total pour les deux par semestre, à l'égard des patients hospitalisés dans un centre hospitalier de soins de courte durée.

AVIS : *Tout supplément d'activité sera payé au quart du tarif.*

2.14 PA 30 Dermatologie

Pour le médecin classé en dermatologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Un plafonnement de 12 610 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins » (code 01102).

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

2. Un plafonnement de 6 890 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins » (code 01121).

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

2.15 PA 31 Chirurgie générale

T Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de 27 100 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Cardio-vasculaire*, sous la rubrique *Varices et ulcères variqueux*.

2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 23 625 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

2.17 PA 34 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement d'activités total de trente (30) par jour, pour les deux, à l'exclusion toutefois de ceux accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

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

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

Le service médical « Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant » est sujet à un plafonnement d'activités de 25 par semestre.

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

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

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

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

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Abrogé.

2.21 PA 38 Chirurgie vasculaire

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

Autres plafonnements d'activités

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

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

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

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

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

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

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

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Divers

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

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

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

3.6 PG 5 Radio-oncologie

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

3.9 PG 8 Chirurgie générale

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

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

3.10 PG 9 Médecine interne

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

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

3.11 PG 10 Chirurgie vasculaire

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

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

3.12 PG 11 Hématologie-oncologie médicale

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

DISPOSITIONS TARIFAIRES**(MÉDECINS SPÉCIALISTES)****ACCORD-CADRE DU 1^{er} 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.

INDEX

Page

DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL	A-3
Règle 1 - Paiement	A-3
Règle 2 - Frais de pratique	A-3
Règle 3 - Enseignement clinique	A-3
Règle 4 - Tarification nouvelle	A-3
Règle 5 - Visites	A-4
Règle 6 - Malade dirigé	A-7
Règle 7 - Thérapie de communication	A-8
Règle 8 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	A-8
Règle 9 - Surveillance	A-9
Règle 10 - Soins simultanés	A-9
Règle 11 - Réanimation cardio-respiratoire	A-9
Règle 12 - Honoraire global	A-10
Règle 13 - Remboursement des frais de déplacement	A-10
Règle 14 - Soins d'urgence	A-10
Règle 15 - Tournée des malades le week-end	A-12
Règle 16 - Honoraire additionnel	A-13
Règle 17 - Tarif de la pratique en établissement	A-13
Règle 18 - Visite à domicile	A-13
Règle 19 - Rapports médicaux	A-14
Règle 20 - Déclaration de décès	A-14
Règle 21 - Classification	A-14
Règle 22 - Pratique hors discipline	A-15
Règle 23 - Procédés et chirurgies pédiatriques	A-15
Règle 24 - Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie	A-16
Règle 25 - Procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie	A-17
Règle 26 - Visite d'un malade atteint d'un cancer	A-17
Règle 27 - Procédés et chirurgies en urologie	A-18
Règle 28 - Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional	A-18
Règle 29 - Majoration pour certaines pathologies	A-19
Règle 30 - Visites, procédés et chirurgies en chirurgie orthopédique	A-28
Règle 31 - Visites, procédés et chirurgies en neurochirurgie	A-28
Règle 32 - Visites et procédés diagnostiques et thérapeutiques en hématologie-oncologie médicale	A-28
Règle 33 - Constat de décès à distance	A-29
Règle 34 - Réunion clinique multidisciplinaire	A-29
Règle 35 - Communication par l'intermédiaire d'un interprète	A-31
# Règle 36 - Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir	A-31
# Règle 37 - Gestion des médicaments (médecin accompagnateur)	A-32
# Règle 38 - Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir	A-32
# Règle 39 - Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir	A-32
# Règle 40 - Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue	A-33
# SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22A) II DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-34
# SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22F) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-38

#DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE SERVICES MÉDICAUX HORS DU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA	A-39
#DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-41
#SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION	A-43
#SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	A-44
#TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-46

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.

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 la prestation de soins et y participer.

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

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

AVIS : *Les services médico-administratifs ne sont pas des services médicaux. Ils ne peuvent donc pas être facturés comme un acte non négocié.*

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 **09990** dans la section Actes;
 - Inscrire les autres renseignements s'il y a lieu : date, rôle, modificateur, unités;
 - Ne pas inscrire d'honoraires;
 - Fournir une description détaillée du service médical fourni ou toute littérature scientifique pertinente;
 - Inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S.

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

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.

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 physiothérapie, 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.

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.

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

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

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

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

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

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

- # **AVIS :** Voir les codes d'acte **00035, 00047, 08785, 08793, 08832, 08947, 09060, 09061, 09062, 09296, 09297, 09298, 15006, 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 un établissement différent de celui où il exerce habituellement peut demander paiement d'une nouvelle visite principale par mois. Maximum de 4 par année civile, par patient, par gériatre.

- # **AVIS :** Voir les codes d'acte **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.

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.

- # **AVIS :** Lorsqu'elle est effectuée en dehors de la période de 7 h à 19 h, inscrire l'heure et la date de la visite dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

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

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

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

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

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

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

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

(2*) *Pour indiquer qu'il s'agit d'un patient sous respirateur, inscrire la lettre « R » dans la case C.S. Seuls les services reliés à ce cas doivent être facturés sur la demande de paiement.*

RÈGLE 6. MALADE DIRIGÉ

Celui auquel un malade est dirigé par un médecin, est payé suivant la tarification générale des visites que prévoit la règle 5.

Certaines dérogations sont ici apportées pour la médecine et l'anesthésiologie.

Pour la chirurgie, c'est l'addendum 4 qui s'applique.

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

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, utiliser le code de l'établissement fourni par la Régie. Le préfixe de ce code doit être 0 ou 4 et le suffixe 6.*

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

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

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.

- T 7.2 Une thérapie de communication comporte un honoraire fixe de 46 \$, 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 counseling.

AVIS : Voir le code d'acte **08925** sous l'onglet B - Tarification des visites - DIVERS, ainsi que la Règle d'application n° 2.

RÈGLE 8. PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

AVIS : Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.

8.1 Sont payées au demi-tarif (MOD=050) 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.

8.2 Toutefois, en neurologie, les services médicaux Électroencéphalogramme de base (code 00347) et Électroencéphalogramme de sommeil (code 00752) sont payés au tarif régulier lorsque exécutés au cours d'une même séance.

8.3 Toutefois, en ophtalmologie, sont payées à 75 % les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance et apparaissant sous la rubrique *Ophtalmologie*, sauf la procédure principale.

AVIS : Utiliser le modificateur **069**.

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

RÈGLE 9. SURVEILLANCE

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

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

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

9.2 La tarification de la surveillance dépend de sa durée.

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

La tarification est de 39 \$ par période.

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

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

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

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

RÈGLE 10. SOINS SIMULTANÉS

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

RÈGLE 11. RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

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

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

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

RÈGLE 12. HONORAIRE GLOBAL

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

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

RÈGLE 13. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

RÈGLE 14. SOINS D'URGENCE

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

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

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

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

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

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

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

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

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE

- MÉDECINE ET CHIRURGIE

MOD=018 :

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

MOD=017 :

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

MOD=019 :

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

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T **14.4** Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 232 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 154 \$ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lesquels les honoraires sont d'au moins 311 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 154 \$ pour le reste de la garde.

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu (voir à la fin du présent onglet, les noms des jours fériés peuvent différer au tableau des dates fixées par la Régie).*

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

RÈGLE 15.

TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

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

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

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

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 : *Fournir les renseignements décrivant l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et, dans la case HONORAIRES, le montant total incluant l'honoraire additionnel que vous demandez. Inscrire un « N » dans la case C.S.*

AVIS : *Lorsqu'un acte est C.S. au tarif, ne rien inscrire dans la case UNITÉS.*

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 : *Voir sous l'onglet B - Tarification des visites, le titre Local sous gestion du gouvernement.*

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 d'hébergement.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, onglet C, inscrire le modificateur 033 et utiliser les honoraires sous la colonne Établissement.

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

AVIS : *Cette règle ne s'applique pas en CLSC (voir les lettres d'entente n^{os} 12 et 29).*

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, aux 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 rubrique *Services et examens médicaux considérés comme assurés, à la fin du préambule général.*

RÈGLE 20. DÉCLARATION DE DÉCÈS

T **20.1** Le médecin spécialiste a droit au paiement d'un honoraire de 31 \$ pour la rédaction de la déclaration de décès.

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

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 Aux 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.

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

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

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

RÈGLE 23. VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 24

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 27. PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN UROLOGIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

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

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

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

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

RÈGLE 29.

MAJORATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES

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

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

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

Inscrire la pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

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

446.0 Périartérite noueuse

446.1 Fièvre cutanéomuqueuse et ganglionnaire

446.2 Angéite allergique

446.3 Granulome malin de la face

446.4 Granulomatose de Wegener

446.5 Artérite à cellules géantes

446.6 Purpura thrombocytopénique thrombotique

446.7 Maladie de Takayasu

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 Arthropathies associées à d'autres affections endocriniennes et métaboliques, sauf 713.7-712-713.5
- 713.1 Arthropathies associées aux affections gastro-intestinales non infectieuses
- 713.2 Arthropathies associées aux affections hématologiques, sauf 713.6
- 713.3 Arthropathies associées à des affections dermatologiques
- 713.4 Arthropathies associées à des affections respiratoires, sauf 711
- 713.5 Arthropathies associées à des affections neurologiques
- 713.6 Arthropathies associées à une réaction d'hypersensibilité, sauf 716.2

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

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

720 Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires

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

725 Pseudo-polyarthrite rhizomélisque

- 725.9 Pseudo-polyarthrite rhizomélisque – sans précision

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

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

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

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

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

Neurologie :

1. Maladie neuro-dégénérative

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

2. Maladie neuro-vasculaire

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

3.

191.0 - 191.9	Tumeur cérébrale

Endocrinologie :**1. Endocrinopathie**

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

Cardio-vasculaire :**1.**

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

2.

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

3.

441.0 - 442.9 *Anévrisme vasculaire*

4.

393.9 - 398.9 *Valvulopathies rhumatismales*

424.0 - 424.9 *Valvulopathies non rhumatismales*

5.

996.61 ou 996.62 *Infection prothèse vasculaire*

6.

428.0 - 428.9 *Insuffisance cardiaque*

7.

427.0 - 427.9 *Arythmie*

427.31 *Fibrillation auriculaire*

427.4 *Fibrillation ventriculaire*

427.32 *Flutter auriculaire*

427.4 *Flutter ventriculaire*

427.0 *TSVP (tachycardie supraventriculaire paroxys-
tique)*

427.0 *TAM (tachycardie auriculaire multifocale)*

427.89 *Bradycardie sévère*

426.12 ou 426.0 *Bloc AV (auriculo-ventriculaire) de haut grade
(type 2b et 3ième degré)*

427.81 *Syndrome de tachycardie-bradycardie*

427.81 *Maladie du noeud sinusal*

Respiratoire :

1.

490.9 - 494.9 *Maladie pulmonaire obstructive chronique et
asthme*

2.

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

3.

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

4.

162.0 - 162.9 *Tumeur pulmonaire*

Digestif :**1.**

150.0 - 159.9 *Tumeur digestive*

2.

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

3.

579.0 - 579.9 *Malabsorption*

4.

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

5.

571.0 - 571.9 *Cirrhose*

6.

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

Néphrologie :**1. Maladie lithiasique**

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

2.

584.5 - 586.9 *Insuffisance rénale*

3. Néphropathie

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

4.

188.0 - 189.9 *Tumeur urologique*

5.

405.9

Hypertension secondaire

6.

642.31 - 642.94

Hypertension gestationnelle

Hématologie :

1. Anémie

281.0 - 281.9

*Anémie par déficience vitaminée ou autre
(sauf fer)*

280.90 - 280.99

Anémie ferriprive

285.0 - 285.9

Anémie postopératoire sévère (nécessitant transfusion)

2.

288.0 - 289.9

Dyscrasie sanguine

3.

204.00 - 208.91

Leucémie

4.

200.0 - 208.91
(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

Endocardite

424.0 - 424.9

480.0 - 486.9 ou

Pneumonie

487.0 - 487.9

- si avec grippe

513.0 - 513.1

Abscess pulmon

510.0 - 510.9

Empyème (pyothorax)

001.0 - 009.3

Gastro-entérite infectieuse

(virale ou bactérienne)

Diarrhée infectieuse

Entérite infectieuse

Colite infectieuse

Infection urinaire

599.0

- sans précision

595.0 - 595.9

- si cystite

590.0 - 590.9

- si pyélonéphrite

711.0 - 711.9

Arthropathie associée à des infections

996.66 ou 996.67

- si prothèse ou plaque

VIH - SIDA

795.8

- Séropositivité

042.9

- SIDA

043.0 - 044.9

- Affections dues à l'infection par le VIH

681.0 - 682.9

Infections des tissus mous (cellulite)

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

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

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

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

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

RÈGLE 30.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

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

RÈGLE 31.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN NEUROCHIRURGIE

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

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

RÈGLE 32.

VISITES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

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

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

RÈGLE 33. CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

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

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

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

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

RÈGLE 34. RÉUNION CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- + **34.5** La présente règle ne s'applique pas au médecin classé en psychiatrie ni au médecin qui participe à une clinique 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 physiothérapie ou une clinique surspécialisée en neurochirurgie.

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

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

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

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

+ 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 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 **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 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 **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 l'onglet Frais de déplacement et de séjour du Manuel des médecins spécialistes.

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 : Pour le code **17000**, utiliser le modificateur **165**.

+ RÈGLE 37.

GESTION DES MÉDICAMENTS (MÉDECIN ACCOMPAGNEUR)

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 **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 **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 **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 **17006** sous l'onglet B – Tarification des visites.

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

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

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

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

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

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

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

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

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

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

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

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

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

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

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

4. CHAUFFEUR DE TAXI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, chapitre P-35);
- Article 134 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, c.P-35,r.1).

13. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Examen médical à l'embauchage et par la suite annuel attestant que la personne est apte à travailler dans un laboratoire de radiologie.

Examen médical décrit à l'article 174 à l'embauchage et annuel par la suite et dans les cas prévus à l'article 185 pour tout membre du personnel directement affecté à des travaux sous rayons X.

Examen visé au paragraphe c) de l'article 174 (formule sanguine complète) à la fin des premier et deuxième mois d'emploi pour toute personne directement affectée à des travaux sous rayon X et toute personne visée à l'article 184.

- Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, chapitre P-35);
- Articles 173 à 176, 184 et 185 du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (RLRQ, c.P-35,r.1).

14. CUISINIER, AIDE-CUISINIER OU MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS LES CAMPEMENTS INDUSTRIELS

Examen attestant de l'immunité à la variole de l'employé.

Examen médical à l'embauchage et annuel par la suite établissant que l'employé ne souffre pas de maladie contagieuse ou vénérienne et qu'il n'est pas porteur de germes pouvant causer une infection transmissible par les aliments.

- Loi sur la qualité de l'environnement (RLRQ, chapitre Q-2);
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (RLRQ, chapitre Q-2, r. 11).

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (RLRQ, chapitre S-2.1);
- Article 2 du Règlement sur le certificat médical des ouvriers (RLRQ, c.S-2.1,r.3).

16. EMPLOYÉS TRAVAILLANT DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGI PAR LE RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX

Examens médicaux d'embauche et examens périodiques que peut exiger le Service d'inspection lorsque la santé des travailleurs est exposée à des risques particuliers.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (RLRQ, chapitre S-2.1);
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (RLRQ, chapitre S-2.1, r. 6).

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES

Examen médical annuel attestant que le machiniste ne présente pas d'infirmités physiques ou psychiques ou des déficiences de la vue ou de l'ouïe.

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (RLRQ, chapitre S-2.1);
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions réglementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

18. PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT AU SENS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Toute personne oeuvrant dans un établissement doit se soumettre aux normes déterminées par le chef du département de santé communautaire en matière d'hygiène, de prophylaxie et de contrôle microbiologique et clinique.

- Loi sur les services de santé et services sociaux (RLRQ, chapitre S-5);
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 f) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public (RLRQ, chapitre C-81);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (RLRQ, chapitre R-9);
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale (RLRQ, chapitre S-32.001) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 35 de cette Loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ, chapitre P-34.1).

DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE SERVICES MÉDICAUX HORS DU CANADA, 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.

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. FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION 4306

La Régie rend disponible aux médecins le formulaire *Demande d'autorisation préalable pour le paiement ou le remboursement des services médicaux hors du Québec* (4306) lequel permet d'adresser à la Régie une demande d'autorisation de services médicaux hors du Québec lorsque les services spécialisés requis ne sont pas disponibles au Québec.

Le [formulaire 4306](http://www.ramq.gouv.qc.ca) est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca à la section *Formulaires* sous votre catégorie de professionnels.

4. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

Vous devez transmettre vos demandes d'autorisation dûment remplies et signées, par la poste, à l'adresse suivante :

DPHQATF – Autorisations médicales
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour accélérer l'étude de la demande, une copie du formulaire rempli et signé peut être transmise au préalable à la Régie, par télécopieur, au 418 646-3492.

5. 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 PRÉALABLE POUR LE PAIEMENT OU LE REMBOURSEMENT DU COÛT DE 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.

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. FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION 4306

La Régie rend disponible aux médecins le formulaire *Demande d'autorisation préalable pour le paiement ou le remboursement des services médicaux hors du Québec* (4306) lequel permet d'adresser à la Régie une demande d'autorisation de services médicaux hors du Québec lorsque les services spécialisés requis ne sont pas disponibles au Québec.

Le [formulaire 4306](http://www.ramq.gouv.qc.ca) est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca à la section *Formulaires* sous votre catégorie de professionnels.

4. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

Vous devez transmettre vos demandes d'autorisation dûment remplies et signées, par la poste, à l'adresse suivante :

DPHQATF – Autorisations médicales
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour accélérer l'étude de la demande, une copie du formulaire rempli et signé peut être transmise au préalable à la Régie, par télécopieur, au 418 646-3492.

5. INFORMATION

Pour toute information, vous pouvez nous joindre, entre 8 h 30 et 16 h 30, aux numéros suivants :

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866 340-2475
Télécopieur : 418 646-3492

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 04788 (dissection et excision de paquets variqueux, etc., voir NOTE, page J-16).

Le médecin doit formuler une demande écrite en fournissant tous les éléments dont il dispose pour justifier la nécessité médicale de l'intervention. Pour ce faire, il peut remplir le formulaire *Demande d'autorisation en plastie* (4248).

Il doit identifier la personne assurée par son nom, son NAM et son adresse, car si la demande d'autorisation est refusée, une lettre doit être adressée également à cette personne pour qu'elle puisse exercer son droit de recours si elle le désire.

IMPORTANT : Les photos ne sont pas requises sauf en chirurgie plastique.

Adresser la demande à :

Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

**SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS
D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES**

Les adresses des provinces et des territoires

ALBERTA

Alberta Health
10025 Jasper Avenue P.O. Box 1360
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission
1515 Blanshard Street P.O. Box 1600
Victoria (BC) V8W 2X9
Téléphone : 250 386-7171
Appels sans frais : 1 800 663-7100

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road P.O. Box 3000
Montague (PE) C0A 1R0
Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA

Commission des services de santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la santé et des services communautaires
520, rue King, 3^e étage, édifice Carleton
C. P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : 506 457-4800

NOUVELLE-ÉCOSSE

Medical Services Insurance (M. S. I.)
P.O. Box 500, 2nd Floor
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1
Téléphone : 902 468-9700

NUNAVUT

Health Insurance Programs
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut Bag 003
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
Téléphone : 867 645-8004

ONTARIO

Ministère de la santé et des soins de longue durée
Attention : Claims manager
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Téléphone : 613 548-6240 ou 613 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
T. C. Douglas Building
3475, Albert Street
Régina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone : 306 787-3251

TERRE-NEUVE

Newfoundland Medical Care Commission
20 High Street P. O. Box 5000
Grand Fall-Windsor (Terre-Neuve) A2A 2Y4
Téléphone : 709 292-4000

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office, 2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9
Inuvik (T. N.-O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661-0830

YUKON

Department of Health and Social Services
Health Services Branch, P. O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : 867 667-5209

**TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE
POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES**

ARTICLE 14.5

FÊTE LÉGALE	2014-2015	2015-2016	2016-2017
<i>Journée nationale des patriotes</i>	19 mai 2014	18 mai 2015	23 mai 2016
<i>Fête nationale du Québec</i>	24 juin 2014	24 juin 2015	24 juin 2016
<i>Fête du Canada</i>	1 ^{er} juillet 2014	1 ^{er} juillet 2015	1 ^{er} juillet 2016
<i>Fête du Travail</i>	1 ^{er} sept. 2014	7 septembre 2015	5 septembre 2016
<i>Action de grâces</i>	13 octobre 2014	12 octobre 2015	10 octobre 2016
<i>Veille de Noël</i>	24 déc. 2014	24 décembre 2015	23 décembre 2016
<i>Fête de Noël</i>	25 déc. 2014	25 décembre 2015	26 décembre 2016
<i>Lendemain de Noël</i>	26 déc. 2014	28 décembre 2015	27 décembre 2016
<i>Veille du jour de l'An</i>	31 déc. 2014	31 décembre 2015	30 décembre 2016
<i>Jour de l'An</i>	1 ^{er} janvier 2015	1 ^{er} janvier 2016	2 janvier 2017
<i>Lendemain du jour de l'An</i>	2 janvier 2015	4 janvier 2016	3 janvier 2017
<i>Vendredi Saint</i>	3 avril 2015	25 mars 2016	14 avril 2017
<i>Lundi de Pâques</i>	6 avril 2015	28 mars 2016	17 avril 2017

INDEX

Page

TARIFICATION DES VISITES	B-3
ADDENDUM 1 - MÉDECINE	B-3
Allergie	B-5
Anesthésiologie	B-9
Biochimie	B-13
Cardiologie	B-15
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-23
Chirurgie générale	B-27
Chirurgie orthopédique	B-31
Chirurgie plastique	B-33
Chirurgie vasculaire	B-35
Dermatologie	B-37
Endocrinologie	B-45
Gastro-entérologie	B-51
ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-55
Génétique médicale	B-57
Gériatrie	B-61
Hématologie - oncologie médicale	B-67
Hygiène publique	B-73
ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE	B-75
Médecine d'urgence	B-81
Médecine interne	B-89
Médecine nucléaire	B-95
ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-97
Microbiologie - Infectiologie	B-99
Néphrologie	B-105
Neurochirurgie	B-109
Neurologie, neuropsychiatrie, électroencéphalographie	B-113
Obstétrique - Gynécologie	B-119
Ophtalmologie	B-131
Oto-rhino-laryngologie	B-137
ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-141
Pédiatrie	B-143
Physiatrie	B-151
Pneumologie	B-157
ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-161
Psychiatrie	B-169
Radio-oncologie	B-185
Rhumatologie	B-189
ADDENDUM 12 - SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL	B-193
Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail	B-195
Urologie	B-201
Hors discipline	B-205
Divers	B-207
# EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N° 5)	B-213
# ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N° 6)	B-213

# LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N ^O 64).....	B-215
# LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N ^O 172).....	B-216
# SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU.....	B-218
# SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC.....	B-218
# SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER.....	B-219
# ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	B-220
# ANNEXE 30 - ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE <i>Abrogé</i>	B-233

B - TARIFICATION DES VISITES

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.

Ce supplément de durée s'ajoute à la visite principale ou à la visite de transfert.

Le médecin indique la durée de la visite.

- + 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.

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 pour lequel le supplément de durée n'est payé que trois fois par période de 12 mois.

3. Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale

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

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 ou en externe, auprès d'un patient ayant un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

AVIS : Voir les codes d'acte **09012, 15009, 16053 et 16055** sous le présent onglet.

Elle inclut, le cas échéant, 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.

Elle peut être facturée une fois par jour, par médecin, par patient.

Elle remplace la visite de contrôle.

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 d'acte 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 Régie afin de permettre une application de certaines règles et une meilleure facturation.*

Enfin, la présence d'un ou plusieurs astérisques () suivant le libellé d'un acte réfère à un regroupement d'avis au bas de la page.*

EXEMPLE :

09127	Visite principale	61,40
----	Supplément de consultation	49,20
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	110,60

ALLERGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212**, voir la Règle d'application n° 29.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	88,50
T 15363	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation	73,50
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,00
T 15364	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00
09137	Supplément de durée (1*)	28,40
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
T 09129	Visite de contrôle	59,50
T 15365	patient de 10 ans et moins, supplément	10,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	88,50
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	88,50
15366	Patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15367	Si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
T ----	Supplément de consultation	68,50
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	157,00
15368	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15369	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09080	Supplément de durée (1*)	11,60
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09094	Visite de transfert	38,90

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

09152	Visite de contrôle	42,00
15370	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15371	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	45,00
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs : premier jour	107,00
09096	chaque jour subséquent	63,00
AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient		
T 09097	premier jour	104,00
T 09098	chaque jour subséquent	104,00
Externe		
T 09162	Visite principale	66,00
15372	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15373	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
T ----	Supplément de consultation 54,00	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,00
15374	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15375	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00
09078	Supplément de durée	16,80
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
T 09164	Visite de contrôle	38,00
15376	patient de 10 ans et moins, supplément	15,00
15377	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	40,00

Salle d'urgence	
T 15378	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)
15379	patient de 10 ans et moins, supplément.
15380	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément.
	157,00 15,00 40,00

AVIS : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,90
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

**Supervision du traitement de remplacement
de gammaglobuline ou de l'inhibiteur de la c1 estérase :**

16000	par voie sous-cutanée ou intraveineuse, à domicile, par mois, par patient	75,00

Établissement :

Évaluation - greffe de moelle	
15381	Évaluation d'un malade dirigé pour déterminer l'opportunité d'une greffe de moelle, dans les cas d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres)
	NOTE : L'acte codé 15381 n'est payable qu'une fois par patient, par année civile
	250,00

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	66,00
T ----	Supplément de consultation 54,00	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,00
09088	Supplément de durée	16,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

T 09202	Visite de contrôle	38,00

ANESTHÉSIOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	16,80
	Supplément de consultation 22,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	39,40
09129	Visite de contrôle	8,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	15,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09135	Visite de contrôle	10,50
15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement.	26,30
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 00984.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	70,00
09096	chaque jour subséquent.	47,00

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	104,00
09098	<i>chaque jour subséquent.</i>	104,00

Soins intensifs		
15482	Visite principale.	60,00
----	Supplément de consultation 65,00	
15483	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,00
15484	Visite de contrôle.	24,00

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.*

Externe		
09162	Visite principale.	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09145	Visite de contrôle.	10,50

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

Clinique d'évaluation préopératoire		
D 15485	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'avant-midi Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	25,00
+ 15486	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	75,00
+ 15487	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné.	125,00
D 15600	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'après-midi. Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	25,00

15601	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	75,00
15602	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	125,00

NOTE : Un nombre de demi-journées est alloué par les parties négociantes, par semaine, à chaque établissement selon la catégorie d'établissement auquel il appartient. Le nombre de demi-journées maximal est déterminé en fonction du volume des chirurgies, des types de chirurgies et d'un ratio d'évaluation de patients déterminé selon la lourdeur de la clientèle et la catégorie d'établissement :

- Établissement A : 10 demi-journées par semaine
- Établissement B : 5 demi-journées par semaine
- Établissement C : 2 demi-journées par semaine
- Établissement D : 1 demi-journée par semaine

+ NOTE : Une demi-journée s'entend d'une période d'activité minimale de trois heures et demie.

NOTE : Le maximum total pour la combinaison des actes codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 est de 15 actes par demi-journée, par centre désigné.

NOTE : Les services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la règle 13 de l'*Addendum 8 - Anesthésiologie*.

NOTE : Les services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 sont réservés aux centres désignés par les parties négociantes.

D NOTE : Aucun autre acte en rôle 1, en rôle 2 et en rôle 3 ne peut être facturé pendant cette demi-journée, à l'exception des actes 00489, 00910, 00911, 00939, 00954, 09403, 09404, 09405, 41031, 41040 et 41051.

S

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09202	Visite de contrôle	10,50

BIOCHIMIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	51,90
----	Supplément de consultation 54,40	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09129	Visite de contrôle	26,90

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	61,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,70
----	Supplément de consultation 44,60	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,30
09094	Visite de transfert	44,60

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	21,60

Externe

09162	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09164	Visite de contrôle	22,10

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

*Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.*

09201	Visite principale	56,30
----	Supplément de consultation 62,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,80
09202	Visite de contrôle	22,10

CARDIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212**, voir la Règle d'application n° 19.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	81,60
----	Supplément de consultation 65,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	147,55
15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	147,55

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

09129	Visite de contrôle	42,35

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	89,40
+ 15703	Si médecin traitant pour patient admis en urgence, supplément .	40,00

NOTE : L'acte codé 15703 n'est facturable qu'une fois par patient, par hospitalisation, pour l'ensemble des cardiologues.

NOTE : L'acte codé 15703 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du préambule général.

AVIS : Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	89,40
S ----	Supplément de consultation 86,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,30
15268	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	176,30

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

09094	Visite de transfert	89,40

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	45,35
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	59,10

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	164,45
	chaque jour subséquent	92,10

+ 15664	Rapport de consultation à distance nécessitant une révision d'imagerie (coronarographie, ultrasonographie, IRM) à la demande d'un médecin référant d'un autre établissement, pour évaluer la nécessité d'un transfert ou l'éligibilité à une thérapie correctrice chirurgicale ou par intervention percutanée, avec rapport écrit au dossier	65,80

NOTES :

1. L'acte codé 15664 ne peut être facturé avec les actes codés 98101 et 98105.
2. L'acte codé 15664 ne peut être facturé avec une visite ni avec les actes codés 00294, 00632, 00662, 08303, 08309 et 08580, le même jour.
3. L'acte codé 15664 ne peut être majoré selon les dispositions de la règle 14 du préambule général.

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
 - *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
 - *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

09221	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	80,25

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 09224 ainsi que les honoraires correspondants.*

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	111,80
	<u>AVIS :</u> Pour les codes d'acte 09221 et 09224 , inscrire le code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité coronarienne.	
00024	Visite de départ	85,55
15704	si patient de 85 ans et plus, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	
	Externe	
09162	Visite principale	64,50
----	Supplément de consultation 51,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
09164	Visite de contrôle	39,50
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque	
16004	première visite	131,50
16005	visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile).	65,80
15705	si thérapie par administration d'inotrope en perfusion IV, supplément	20,00
	NOTES :	
D	1. Les actes codés 15705, 16004 et 16005 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes. 2. Dans les centres hospitaliers désignés par les parties négociantes ci-dessous mentionnés, l'acte codé 16004 peut être demandé par un autre médecin. - CSSS de la Vallée-de-l'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or - CSSS de Sept-Îles - Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Îles - CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes - Hôpital de Saint-Eustache	
	<u>AVIS :</u> Pour le code 16004 , inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	

R = 1

15246	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe cardiaque. Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements)	99,25

D

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM - Hôpital Notre-Dame
- CUSM - Site Glen
- CHU Sainte-Justine
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	183,55
15270	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	183,55

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	26,30
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,30
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,80
09148	Visite de contrôle	13,75

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

Évaluation - greffe cardiaque et arythmie :

09207	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque ou pulmonaire	328,95
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne	147,30

NOTE : Le service médical codé 09208 est réservé en intrahospitalier aux centres où se pratique l'électrophysiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM (Hôpital Notre-Dame et Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu)
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHU Sainte-Justine
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval)
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

D

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09207** et **09208**, inscrire :

- l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;
- le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;
- la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

15706	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue en vue d'une intervention structurale percutanée.	147,30

NOTE : L'acte codé 15706 ne peut s'appliquer à l'angioplastie coronarienne ou extrathoracique et il ne peut être facturé le même jour que l'intervention.

NOTE : L'acte codé 15706 est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu);
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu).

AVIS : Pour la facturation du code d'acte **15706**, inscrire :

- l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;
- le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;
- la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

15130	Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale. Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements).	181,60

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- D
- Institut de Cardiologie de Montréal;
 - CHUM (Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu);
 - CUSM (Site Glen, Hôpital général de Montréal et Hôpital neurologique de Montréal);
 - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
 - CHU Sainte-Justine;
 - CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
 - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
 - CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu);
 - Hôpital général juif.

AVIS : Pour la facturation du code d'acte **15130**, inscrire :

- l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;
- le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;
- la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

S

15707	Évaluation initiale d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire.	157,90

AVIS : Pour la facturation du code d'acte **15707**, inscrire :

- l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO;
- le code de diagnostic dans la case CODE DE DIAGNOSTIC;
- la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	64,50
----	Supplément de consultation 51,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
15271	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	115,80

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

09202	Visite de contrôle	39,50

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283, 09285, 09286, 09288 et 09290**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	47,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	57,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire...10,50	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	52,60
15382	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie .	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09292	Supplément de durée.	26,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	32,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,60
----	Supplément de consultation 5,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15383	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

09152	Visite de contrôle	28,30

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	132,60
	chaque jour subséquent	74,30

NOTE : Ce forfait n'est payable qu'au chirurgien cardiovasculaire et thoracique qui détient une certification en soins intensifs.

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
 - *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
 - *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
 - *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la première sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

+ Soins intensifs

+ 15746	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	150,00

+ NOTE : L'acte codé 15746 n'est payable qu'à un chirurgien cardiovasculaire et thoracique intensiviste désigné par les parties négociantes.

AVIS : *Inscrire le code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la section Établissement. Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire le code 4XXX6.*

Externe

09162	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	105,00
15384	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 7.*

+ 15747	Visite de suivi pour patient en circulation assistée, support total ou partiel par cœur mécanique	94,40
09164	Visite de contrôle	28,30

AVIS : (1*) *Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
 (2*) *Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
 (3*) *Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

+	09293	Établissement Évaluation par un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique), au vu du dossier d'un patient dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) pour déterminer l'opportunité d'une chirurgie cardiaque - comportant rapport au dossier hospitalier.	56,70
		Cet honoraire est payé au chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) d'un établissement hospitalier organisé pour la chirurgie cardiaque (voir liste agréée des établissements).	

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du cardiologue qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

Liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique

- D
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
 - Complexe hospitalier de la Sagamie
 - CUSM - Site Glen et Hôpital général de Montréal
 - Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
 - Hôpital Laval
 - Hôpital Notre-Dame du CHUM
 - Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant
 - Hôpital Saint-Luc du CHUM
 - Hôtel-Dieu du CHUM
 - Institut de Cardiologie de Montréal
 - L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis
 - CHUQ - Pavillon C.H. de l'Université Laval

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
15385	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie ..	18,00

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 7.*

09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	105,00
09202	Visite de contrôle	28,30

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	69,00
T ----	Supplément de consultation 70,45	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	139,45
+ ----	Supplément de consultation anténatale 51,00	
+ 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) (1*)	120,00
+	NOTE : L'acte codé 15708 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
T 09129	Visite de contrôle	19,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	64,10
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	64,10
T ----	Supplément de consultation 46,95	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	111,05
T ----	Supplément de consultation anténatale 55,90	
D 15386	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale) (1*)	120,00
	NOTE : L'acte codé 15386 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
15387	Visite de suivi oncologique	40,00

AVIS : Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

T 09152	Visite de contrôle.	18,30
09161	Tournée des malades le week-end	
T	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	24,50
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
T 09095	premier jour	107,40
T 09096	chaque jour subséquent	72,70

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
T 09097	premier jour	104,00
T 09098	chaque jour subséquent	104,00

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

Cet honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés au patient polytraumatisé par le chirurgien général durant les premières 24 heures, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien général qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien général, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

T 00078	sans instabilité hémodynamique	142,60
T 00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales.	428,05

Soins intensifs

15388	Visite principale.	77,30
----	Supplément de consultation 71,90	
15389	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	149,20
15390	Visite de contrôle.	26,50

AVIS : Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
 Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.
 Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

		R = 1
Externe		
T 09162	Visite principale	52,95
T ----	Supplément de consultation 58,10	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	111,05
+ ----	Supplément de consultation anténatale 67,05	
+ 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) (1*)	120,00
+	NOTE : L'acte codé 15709 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
15391	Visite de suivi oncologique	40,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.		
T 09164	Visite de contrôle	15,80
T 15272	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le chirurgien général a la charge	672,80
	NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.	
	NOTE : Maximum quatre fois par période de quatorze jours	
	NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec l'acte codé 15272.	
#	<u>AVIS :</u> Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant : - ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le nombre de patients dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires; - la lettre « A » dans la case C.S., mais ne rien inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
<i>Veuillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures. Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.</i>		
<i>Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.</i>		

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	23,35
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	23,35
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	46,05
T 09148	Visite de contrôle	12,15

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien général au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	52,95
T ----	Supplément de consultation 58,10	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	111,05
T 09202	Visite de contrôle	15,80

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

AVIS : - Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.
 - Pour la facturation de tous les codes de visite, voir la Règle d'application n° 28.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	70,00
----	Supplément de consultation 30,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	100,00
09292	Supplément de durée	42,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	18,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	55,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	55,00
----	Supplément de consultation 23,85	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,85
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

Externe

09162	Visite principale	55,00
T ----	Supplément de consultation 24,55	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	79,55
09164	Visite de contrôle	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	105,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	32,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	32,00
----	Supplément de consultation 28,00	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	60,00
09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien orthopédiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	40,00

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT** (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	55,00
T ----	Supplément de consultation 24,55	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	79,55
09202	Visite de contrôle	14,50

AVIS : **(1*)** Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE PLASTIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212**, voir Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,00
----	Supplément de consultation 9,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	54,00
09292	Supplément de durée	100,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	27,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	48,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	48,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	55,00
09152	Visite de contrôle	34,00

Externe

09162	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,00
09164	Visite de contrôle	27,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	28,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	50,00
09202	Visite de contrôle	27,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

CHIRURGIE VASCULAIRE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	50,70
----	Supplément de consultation 52,10	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	102,80
09129	Visite de contrôle	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,60
----	Supplément de consultation 34,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09152	Visite de contrôle	14,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	19,20
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	79,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la première sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ

par jour, par patient

T	09097	premier jour	104,00
T	09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

Cet honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés au patient polytraumatisé par le chirurgien vasculaire durant les premières 24 heures, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien vasculaire qui prend en charge le patient polytraumatisé.

Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien vasculaire, dans le même établissement.

Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien

00078	sans instabilité hémodynamique	105,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales.....	315,00
Externe		
09162	Visite principale.....	38,50
----	Supplément de consultation 43,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09164	Visite de contrôle.....	12,60

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.....	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	41,20
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

DERMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites de cette section, voir les articles 1 et 2 de la Règle d'application n° 22.

15488 Un supplément est payable si patient de 85 ans ou plus 13,00

NOTE : L'acte codé 15488 peut s'appliquer à toutes les visites dans tous les lieux de dispensation.

Malgré la règle 2.2 de l'addendum de Chirurgie, le dermatologue a droit au tarif de sa visite sans égard aux autres actes qu'il pose en cette occasion.

NOTE : Le supplément pour traitement d'ulcère peut être facturé dans les situations suivantes :

- Plaie au membre inférieur secondaire à une insuffisance veineuse, insuffisance artérielle ou à un pied diabétique;
- Plaie de pression au niveau du siège de Grade II ou plus;
- Plaie chronique (> 6 semaines) postchirurgie ou post-radiothérapie;
- Pyoderma gangrenosum;
- Collagénose avec ulcérations;
- Néoplasie ulcérée incurable.

AVIS : Inscrire le code de diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

Cabinet privé :

- + 15489 Visite de suivi pour pathologies lourdes
 - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*;
 - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou acitrétine;
 - collagénoses sous traitement systémique*;
 - 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;
 -  ruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS). 65,50
 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 dermatologiste 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 : L'acte codé 15489 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient.

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case*
 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

09180	Visite principale	53,00
16008	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
T ---	Supplément de consultation 25,70	
T 09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,70
16009	patient déjà évalué dans une salle d'urgence d'un établissement et qui est vu le même jour en cabinet privé à la demande de l'urgentologue, supplément.	10,80

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'urgentologue référant dans les cases* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

16010	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
T ---	Supplément de consultation intradisciplinaire 35,10	
T 16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	88,10
	NOTE : L'acte codé 16011 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
09220	Supplément de durée (1*)	54,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

T	15149	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	55,50
T	09182	Visite de contrôle	34,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

+	15490	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou acitrétine; - collagénoses sous traitement systémique*; - 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 (TEN, SSJ, AGEF, DRESS). Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation.	54,60
		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 : L'acte codé 15490 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient.	

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

	09183	Visite principale	63,20
	09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	63,20
	16013	Si traitement d'ulcère, supplément	27,10
T	----	Supplément de consultation 34,15	
T	09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	97,35
	16014	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
	09081	Supplément de durée (1*)	21,70
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	09132	Visite de transfert	41,50

AVIS : *Voir la règle 5.6 du préambule général.*

AVIS : (1*) *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

R = 1

15168	Visite de suivi pour traitement d'ulcère.	49,30
T 09185	Visite de contrôle.	26,65
09174	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	29,60
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	119,60
09096	chaque jour subséquent	69,60

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

T 09097	par jour, par patient premier jour	104,00
T 09098	chaque jour subséquent.	104,00

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15491	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	119,60

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

15492	Visite subséquente.	69,60

Externe		
15493	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou acitrétine; - collagénoses sous traitement systémique*; - 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 (TEN, SSJ, AGEF, DRESS). 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 : L'acte codé 15493 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient. <u>AVIS :</u> <i>Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	54,60
09186	Visite principale	42,45
16016	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 23,20	
09250	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
16017	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,45	
16018	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	70,90
	NOTE : L'acte codé 16018 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
09079	Supplément de durée	32,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.</i>	
15172	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
09187	Visite de contrôle	25,25

Salle d'urgence		
16020	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,25

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

15494	Visite de suivi pour pathologies lourdes : - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur*; - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur* ou acitrétine; - collagénoses sous traitement systémique*; - 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 (TEN, SSJ, AGEP, DRESS). Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation.	54,60

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste 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 : L'acte codé 15494 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient.

AVIS : *Inscrire le nom de la pathologie lourde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09188	Visite principale	42,45
09297	Visite principale subséquente, par trimestre.	42,45
16021	Si traitement d'ulcère, supplément	27,10
09181	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,65
16022	si traitement d'ulcère, supplément	27,10
15173	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	48,10
09189	Visite de contrôle	25,25

Domicile :

09190	Visite principale	46,00
09191	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09205	Visite principale.....	42,45
	16024	si traitement d'ulcère, supplément.....	27,10
T	----	Supplément de consultation 23,20	
T	09251	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	65,65
	16025	si traitement d'ulcère, supplément.....	27,10
T	----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,45	
T	16026	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire).....	70,90
#		NOTE : L'acte codé 16026 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.	
	09089	Supplément de durée.....	32,50
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
		AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
	15174	Visite de suivi pour traitement d'ulcère.....	48,10
T	09206	Visite de contrôle.....	25,25

ENDOCRINOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	90,00
15411	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15411 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15412	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15412 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16028	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15413	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15413 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	
----	Supplément de consultation 116,05	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,05
15414	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15414 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15415	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15415 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16029	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15416	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15416 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	

S

R = 1

09137 Supplément de durée **(1*)** 30,70
 NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09129 Visite de contrôle 35,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150 Visite principale 76,70

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 76,70

15417 Si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément 75,00

NOTE : L'acte codé 15417 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15418 Si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément 20,00

NOTE : L'acte codé 15418 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

---- Supplément de consultation 79,45
 09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 156,15

15419 si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément 75,00

NOTE : L'acte codé 15419 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.

15420 si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément 20,00

NOTE : L'acte codé 15420 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.

09080 Supplément de durée **(1*)** 11,40

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09094 Visite de transfert 49,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152 Visite de contrôle 25,00

09161 Tournée des malades le week-end 55,00
 (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	98,00
	chaque jour subséquent	57,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>		
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
15421	Visite de suivi pour patient de moins de 18 ans ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs . .	79,00
NOTE : Maximum d'une visite par patient, par médecin, par jour.		
NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce médecin pour ce même patient, le même jour, sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du préambule général.		
00024	Visite de départ	60,00
<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.		
Externe		
09162	Visite principale	65,75
15422	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
NOTE : L'acte codé 15422 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les actes codés 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.		
15423	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
NOTE : L'acte codé 15423 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les actes codés 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.		
16030	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15424	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
NOTE : L'acte codé 15424 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.		
15425	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
NOTE : L'acte codé 15425 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.		
----	Supplément de consultation	68,55

R = 1

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,30
15426	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	40,00
	NOTE : L'acte codé 15426 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
15427	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15427 n'est payable que quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les actes codés 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00345 et 20130 le même jour.	
16031	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
15428	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	75,00
	NOTE : L'acte codé 15428 n'est payable que deux fois par patient, par année civile.	
15429	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	20,00
	NOTE : L'acte codé 15429 n'est payable que quatre fois par patient, par année civile.	

S

15430	Prise en charge du patient de moins de 18 ans dans une unité de médecine de jour incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	60,00
	NOTE : Maximum d'une prise en charge par patient, par jour.	
	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	7,50
15711	patient de 18 ans et plus	5,00
	NOTE : Maximum 1 par patient, par médecin, par semaine Maximum 15 par médecin, par semaine	
09078	Supplément de durée	18,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	25,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin endocrinologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes . . .	55,10

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale	65,75
	16033	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
T	----	Supplément de consultation 68,55	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,30
	16034	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	20,00
	09088	Supplément de durée	18,40
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.			

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

	09202	Visite de contrôle	25,00

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	79,20
----	Supplément de consultation 42,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,50
09137	Supplément de durée (1*)	29,35
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	23,45

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15351	Un supplément est payable si le patient est hospitalisé sous les soins d'un gastro-entérologue ou d'un hépatologue à titre de médecin traitant	50,00
	NOTE : L'acte codé 15351 s'applique avec les actes codés 09060, 09150, 09152, 09160, 09161 et 16035 et il est payable une fois par patient, par hospitalisation.	

AVIS : *Inscrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement.*

	09150	Visite principale	95,05
	09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	95,05
S	----	Supplément de consultation 63,35	
	09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	158,40
S	----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 91,15	
	16035	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	186,20
	16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément.	66,95
	----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 81,25	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

15352	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile.	176,30
09080	Supplément de durée (1*)	11,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09094	Visite de transfert	63,40

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle.	26,40
09161	Tournée des malades le week-end	52,80
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	109,35
	chaque jour subséquent	63,60

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15353	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

Externe

09162	Visite principale.	63,40

S

----	Supplément de consultation 42,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60

S

----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 97,85	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

16037	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	161,25
16038	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément.	66,95
----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 112,90	
15354	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	176,30
09078	Supplément de durée	17,60
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle	21,10

Salle d'urgence

15355	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00

AVIS : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	23,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,65
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,50
09148	Visite de contrôle	12,25

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

S	09201	Visite principale	63,40
	----	Supplément de consultation 42,20	
	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,60
S	09088	Supplément de durée	17,60
		NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
		<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
	09202	Visite de contrôle	21,10

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 fœtus/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 Lors d'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 d'acte **09005, 09010, 09018 et 09025** sous le présent onglet.

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite principale, pour une période d'un an sauf lors d'une hospitalisation ou d'une raison d'évaluation différente ou lorsqu'elle est effectuée par un médecin différent.

AVIS : *S'il y a lieu, inscrire la raison d'évaluation différente dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	143,05
T ----	Supplément de consultation 95,45	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	238,50
T 09001	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09002	Suivi d'évaluation génétique familiale (1*)	105,05
T 09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	209,85
T 09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale (1*)	105,05
T 09129	Visite de contrôle	47,55
T 09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	28,45

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**

T 09150	Visite principale	246,70
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	246,70
T 16039	Si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	38,25
T ----	Supplément de consultation 195,30	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	442,00
T 16040	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	38,25
T 09008	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09009	Évaluation génétique prénatale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85

AVIS : (1*) *Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

R = 1

T 09094	Visite de transfert	143,05
	NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite de transfert.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
15431	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge.	200,00
T 09152	Visite de contrôle.	47,55
T 09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	63,60
T 09010	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	28,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	
	Externe	
T 09162	Visite principale.	198,80
T ----	Supplément de consultation 123,95	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	322,75
T 09013	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09014	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	105,05
T 09015	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09016	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	105,05
T 09017	Évaluation génétique au vu du dossier	105,05
15432	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge.	200,00
15433	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour pour remplacement enzymatique, incluant l'évaluation clinique prétraitement et la responsabilité durant l'infusion	206,00
T 09164	Visite de contrôle.	47,55
T 09018	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	28,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	

AVIS : (1*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.
 (2*) Inscire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	198,80
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre	198,80
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	238,50
T 09021	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09022	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	105,05
T 09023	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,85
T 09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	105,05
T 09148	Visite de contrôle	47,55
T 09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	28,45
NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.		

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS :

(1*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 - Génétique médicale.

(2*) Inscrire le numéro d'assurance maladie et l'identité de la personne assurée. Si plus d'une personne assurée est concernée par le service rendu, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale	198,80
T	----	Supplément de consultation 123,95	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	322,75
T	09202	Visite de contrôle	47,55

GÉRIATRIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **00031**, **00043** et **00064**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	51,20
----	Supplément de consultation 41,70	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,90
00032	Supplément de durée (1*)	29,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	29,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	165,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	165,00
15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois.	165,00
15240	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15495	Patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15496	Patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15241	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15497	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
15498	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15499	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00037	Supplément de durée (1*)	11,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert (2*)	40,50
00039	Visite de contrôle.	10,75
T 00041	Tournée des malades le week-end	50,00
T 15500	patient de 85 ans et plus, supplément	24,35
T 15139	Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre)	200,00
<u>AVIS :</u> - Incrire le « Score » ou « polymédication » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; - Incrire la date d'entrée dans la section Établissement de la demande de paiement. Voir la règle 5.4 du préambule général.		

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
 (2*) Voir la règle 5.6 du préambule général.

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
00053	premier jour	116,70
00054	chaque jour subséquent	67,90
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
T 15501	Soins médicaux pour un patient dans une unité de gériatrie de courte durée, à titre de médecin traitant, excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	33,00
	NOTE : L'acte codé 15501 ne peut être facturé avec l'acte codé 15139 et ne peut être facturé le week-end ou un jour férié.	
T 00024	Visite de départ	150,00
<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.		
15502	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément.	40,00
15503	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé.	135,00
15504	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
15505	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
Externe		
00042	Visite principale	165,00
15242	patient de 85 ans et plus, supplément.	55,00
15506	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément.	40,00
+ 15748	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
+ 15749	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément.	50,00

15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	102,45
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
T ----	Supplément de consultation 75,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15243	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15507	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
+ 15750	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	25,00
+ 15751	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	50,00
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	140,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00044	Supplément de durée (1*)	17,85
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15508	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	135,00
15509	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	135,00
00045	Visite de contrôle.	10,75

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

00046	Visite principale	165,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	165,00
15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	165,00
15244	Patient de 85 ans et plus, supplément	55,00
15510	Patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	102,45
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement	
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
15245	patient de 85 ans et plus, supplément	45,00
15511	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	40,00
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	140,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
15512	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	100,00
00049	Visite de contrôle (1*)	10,75
	Domicile :	
09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 27.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	165,00
T ----	Supplément de consultation 75,00	
T 00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	240,00
00065	Supplément de durée (1*)	17,85
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle	10,75

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

AVIS : Pour la facturation des visites et consultations, voir la Règle d'application n° 35.

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15279	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09129	Visite de contrôle	23,35

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	63,80
----	Supplément de consultation 150,20	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15280	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15002	Visite de contrôle	28,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation (Groupe A)**

09150	Visite principale	109,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,05
----	Supplément de consultation 109,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,10
09094	Visite de transfert	62,70

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

T 15513	Visite de suivi pour patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure	66,65
09012	Visite de suivi oncologique	66,65

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.

09152	Visite de contrôle	45,60
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,15

16003	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur) Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.	
00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	78,30
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	64,15

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	111,70
09096	chaque jour subséquent	64,95

AVIS : - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

Hospitalisation (Groupe B)

15005	Visite principale	109,05
15006	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,05
----	Supplément de consultation 109,05	
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,10
15008	Visite de transfert	78,75

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15009	Visite de suivi oncologique	66,65

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 - Médecine.

15010	Visite de contrôle	45,60

15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,15
16052	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	227,90
NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.		

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie
ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre
hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par
le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques,
les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions
pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches
hématopoïétiques.

15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation.	78,30
15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	64,15

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

15014	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	111,70
15015	chaque jour subséquent.	64,95

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL
ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure
de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle
d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

09097	par jour, par patient premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

Externe (Groupe A)

09162	Visite principale	50,80
T 15514	si patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure, supplément	15,25
----	Supplément de consultation 163,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16053	Visite de suivi oncologique	28,50

AVIS : Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.

15281	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09164	Visite de contrôle.	16,80
16054	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15121	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	77,60
	Externe (Groupe B)	
15020	Visite principale.	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
16055	Visite de suivi oncologique	28,50
	<u>AVIS :</u> Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine.	
15282	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15022	Visite de contrôle.	21,65
16056	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	227,90
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	77,60

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe A) :**

09147	Visite principale	22,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,05
09148	Visite de contrôle	11,95

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) (Groupe B) :**

15025	Visite principale	22,80
15026	Visite principale subséquente, par trimestre	22,80
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,95
15028	Visite de contrôle	11,95

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

19869	Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un ou plusieurs patients dirigé(s) par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	154,40

NOTE : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.

NOTE : Maximum 2 par médecin, par semaine

D NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par médecin, par jour.

AVIS : *Inscrire la durée totale de votre participation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

AVIS : *Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19869** dans la section Actes;
- le code d'établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

Groupe A		
09201	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15283	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09202	Visite de contrôle	16,80
Groupe B		
15030	Visite principale	50,80
----	Supplément de consultation 163,20	
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	214,00
15284	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	11,40
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15032	Visite de contrôle	21,65

HYGIÈNE PUBLIQUE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	39,50
----	Supplément de consultation 33,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,50
09137	Supplément de durée (1*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	20,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09080	Supplément de durée (1*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	34,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	16,50
09161	Tournée des malades le week-end	22,00
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	

Externe

09162	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

09078	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle	14,75

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00
09088	Supplément de durée	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	14,75

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 : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un 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 le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un 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.

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.

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 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.

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 ou au dentiste qui lui a dirigé le patient.

Seul le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui adresse le rapport final au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient, a droit au paiement d'un supplément d'honoraires.

6.7 En établissement, un seul supplément de consultation est payable par patient, par séjour à l'urgence.

En cabinet privé, un seul supplément de consultation est payable par patient, par année.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur **187** avec le code de consultation approprié pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 7.

STABILISATION

7.1 La stabilisation comprend l'ensemble des manœuvres et traitements visant à stabiliser l'état d'un patient en détresse respiratoire, hémodynamiquement instable ou présentant un niveau de conscience altéré. Elle comprend également l'ensemble des manœuvres et traitements initiaux effectués auprès du patient polytraumatisé et auprès du patient qui nécessite une reperfusion myocardique.

RÈGLE 8.**MAJORATION D'HONORAIRES**

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui dispense des services en établissement a droit aux majorations d'honoraires suivantes, selon le lieu et la période où ces services sont dispensés :

- i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et de 50 % entre 8 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de 70 % entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

AVIS : Modificateurs à utiliser pour demander la majoration d'honoraires :

MOD=181

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 8 h à 24 h, majoration de 50 %

MOD=182

NUIT, de 0 h à 7 h, majoration de 70 %

NUIT, de 0 h à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit, majoration de 70 %

MOD=183

SOIR, du lundi au vendredi, de 16 h à 24 h, majoration du 1/3

- ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est de 50 % entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

AVIS : Modificateurs à utiliser pour demander la majoration d'honoraires :

MOD=184

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à 19 h, majoration de 50 %

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 : *Modificateurs à utiliser pour les soins d'urgence ailleurs qu'à la salle d'urgence :*

MOD=185

SOIR, de 19 h à minuit, majoration de 70 %

MOD=186

NUIT, de minuit à 7 h, majoration de 150 %

Pour facturer les honoraires minimums, utiliser l'un des codes d'acte suivants :

#	09203	de minuit à 7 h	232,00
#	09204	de 19 h à minuit	154,00

Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6 du Manuel des médecins spécialistes.

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;
- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

*Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, inscrire le modificateur **094** ou un de ses multiples.*

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 d'acte 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.

S

Cabinet privé

15201	Visite		44,10
-----	Supplément de consultation en médecine sportive	68,85	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive)		112,95

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin ou dentiste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

-----	Supplément de consultation en toxicologie	68,85	
15712	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)		112,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15204	Visite auprès d'un patient admis		63,35
-----	Supplément de consultation interdisciplinaire	55,15	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire)		118,50

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

-----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste	49,35	
15604	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)		112,70
-----	Supplément de consultation en toxicologie	68,85	
16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie)		132,20
-----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	68,85	
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare)		132,20

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	160,00
	chaque jour subséquent	120,00

AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

S

15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus	88,70
# ----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,15
# 15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	165,85

AVIS : Incrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

+ ----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	69,08
+ 15605	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	157,78
+ ----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	96,40
+ 16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	185,10
+ ----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	96,40
+ 16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	185,10

Externe		
T 15209	Visite.....	34,45
T ----	Supplément de consultation en toxicologie 68,90	
T 16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie).....	103,35
T ----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 68,90	
T 16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare).....	103,35

Salle d'urgence

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

T 15210	Visite simple.....	52,20
T ----	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,15	
T 15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire).....	107,35

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

T ----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste 51,00	
15606	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste).....	103,20
T ----	Supplément de consultation en toxicologie 68,85	
T 16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie).....	121,05
T ----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 68,85	
T 16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare).....	121,05

+	----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie 68,85	
+	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).....	121,05
+	NOTE : L'acte codé 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).		

R = 1

T 15213	Visite élaborée.	127,75
T ----	Supplément de consultation interdisciplinaire 56,20	
T 15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire).	183,95
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
T 15216	Visite de réévaluation élaborée	86,45
T ---	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,15	
T 15247	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire).	141,60
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
T 15217	Visite de réévaluation simple	34,45
T ---	Supplément de consultation interdisciplinaire 55,05	
T 15248	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire).	89,50
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
T ---	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 41,85	
15607	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence).	76,30
15608	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe Maximum 2 fois par médecin, par jour.	62,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin omnipraticien référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	

15218	Stabilisation	72,15
	<u>AVIS :</u> Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section Actes de la demande de paiement.	
15249	Évaluation et interprétation par un médecin spécialiste en médecine d'urgence d'un électrocardiogramme effectué et transmis à distance à la salle d'urgence lors d'un transport ambulancier, avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie	103,35
S		
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus	73,05
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	77,25
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	150,30
	<u>AVIS :</u> Incrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	71,43
15610	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	144,48
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	96,45
16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	169,50
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	96,45
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	169,50
15714	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie, patient de 70 ans et plus	96,45
	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie), patient de 70 ans et plus	169,50
	NOTE : L'acte codé 15714 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader).	

R = 1

15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus	180,50
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,05	
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	257,55

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15228	Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus	121,05
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,15	
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	198,20

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus	48,25
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 77,05	
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	125,30

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité, patient de 70 ans et plus	58,57

15611	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence), patient de 70 ans et plus	106,82

15612	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe, patient de 70 ans et plus Maximum 2 fois par médecin, par jour	86,80

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin omnipraticien référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 15219	Visite	16,35

Domicile

T 15220	Visite	46,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

*Pour les visites, utiliser le code d'acte suivant et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.*

T	15221	Visite.	34,45

R = 1

MÉDECINE INTERNE

AVIS : Pour la facturation des visites et consultations, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	68,10
15392	si plus de 30 minutes, supplément	65,80
15393	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes :	
	- insuffisance cardiaque avec FEVG < 30	
	- insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc	
	- cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome	
	- VIH	
	- greffé	19,70

AVIS : Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

----	Supplément de consultation 81,85	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	149,95
15394	si plus de 60 minutes, supplément	72,40
15395	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région.	130,00
	NOTE : L'acte codé 15395 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	

AVIS : Inscrire le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00033	Visite de contrôle	39,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

15396	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,00
	NOTE : L'acte codé 15396 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.	
	NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation.	

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

		R = 1
00034	Visite principale (1*)	83,10
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (1*)	83,10
16047	Si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
	<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
T ----	Supplément de consultation	121,45
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	204,55
15397	si plus de 60 minutes, supplément	98,85
16048	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
	<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
15398	Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine, pour un maximum de 15 forfaits par médecin, par jour	70,00
	NOTE : Nonobstant toute disposition au contraire, l'acte codé 15398 demeure payable à supplément d'honoraires lorsque dispensé entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.	
00038	Visite de transfert (1*)	83,10
16049	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95
	<u>AVIS :</u> Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
00039	Visite de contrôle.	24,85
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	77,75
	NOTE : L'acte codé 00041 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour.	
<u>AVIS :</u>	(1*) Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier dans la section Établissement.	

R = 1

00028 Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade 82,80

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code **00029** ainsi que les honoraires correspondants.*

00029 Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général) 115,85

AVIS : *Pour les codes d'acte **00028** et **00029**, inscrire le code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité coronarienne.*

00053 Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs
premier jour 170,90
00054 chaque jour subséquent 118,35

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

09097 *par jour, par patient*
premier jour 104,00
09098 chaque jour subséquent 104,00

00024 Visite de départ 131,80

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.*

16050 Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque 131,80
NOTE : L'acte codé 16050 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00024, le même jour.

R = 1

Externe

00042	Visite principale.	51,85
15399	si plus de 30 minutes, supplément.	50,10
15400	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes : - insuffisance cardiaque avec FEVG < 30 - insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc - cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome - VIH - greffé.	15,00

AVIS : *Inscrire la problématique visée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

T ----	Supplément de consultation 75,15	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,00
15401	si plus de 60 minutes, supplément	61,35
15402	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	100,00
	NOTE : L'acte codé 15402 n'est applicable que pour les médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.	

AVIS : *Inscrire le(s) procédé(s) diagnostique(s) ou l'expertise(s) médicale(s) qui n'est pas disponible dans la région dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

R = 1

15403	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le médecin spécialiste en médecine interne a la charge.	600,00
	NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.	
	NOTE : Maximum quatre fois par période de quatorze jours.	
	NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec l'acte codé 15403.	

#	<u>AVIS :</u> <i>Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :</i> - ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le nombre de patients dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires; - la lettre « A » dans la case C.S., mais ne rien inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

Veuillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures. Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

T 00045	Visite de contrôle	28,95

Salle d'urgence

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

+	15665	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,00
+		NOTE : L'acte codé 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.	

#	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	

T ----	Supplément de consultation	121,55
T 00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,55
15404	si plus de 60 minutes, supplément.	98,85

R = 1

T 16051	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	65,95

AVIS : *Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

T 00046	Visite principale	39,45
T 00047	Visite principale subséquente, par trimestre.	39,45
T ----	Supplément de consultation 100,75	
T 00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,20
T 00049	Visite de contrôle	19,80

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

NOTE : À l'égard du médecin interniste, on applique la tarification de la néphrologie pour les dialyses.

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un spécialiste en médecine interne au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes, et est payable à un interniste, par patient, par clinique des tumeurs.	55,10

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *et* SON NUMÉRO.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 00063	Visite principale	51,85
T ----	Supplément de consultation 75,20	
T 00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,00
T 00066	Visite de contrôle	28,95

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	42,30
09129	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	31,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	31,10
09094	Visite de transfert.	31,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	23,00

Externe

09162	Visite principale	31,10
09164	Visite de contrôle	16,20

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	29,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	29,70
09148	Visite de contrôle	15,70

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

+ Centre hospitalier :

+ Participation aux cliniques des tumeurs :

+ 09168	Évaluation par un spécialiste en médecine nucléaire au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins de deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité . . .	50,00

NOTE : L'acte codé 09168 n'est payable que 2 fois par médecin, par semaine.

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	31,10
09202	Visite de contrôle	16,20

ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE INFECTIOLOGIE**RÈGLE 1.****PLANIFICATION DE TRAITEMENT POUR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AMBULATOIRE**

1.1 La planification de traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire s'applique lorsqu'un médecin classé en microbiologie infectiologie effectue les démarches permettant l'adhésion du patient au programme d'antibiothérapie parentérale ambulatoire.

Cette planification inclut toutes les visites effectuées le même jour par tout médecin microbiologiste infectiologue.

1.2 La planification du traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire ne peut être réclamée par plus d'un médecin microbiologiste-infectiologue, par patient, par hospitalisation ou en externe.

AVIS : Voir les codes d'acte **09030, 09032 et 09048** dans le tableau d'honoraires qui suit.

RÈGLE 2**MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE**

2.1 La tarification des visites prévues pour les maladies infectieuses en émergence s'applique aux maladies énumérées dans la liste apparaissant en annexe.

AVIS : La facturation des codes d'acte **09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 15104 et 16062** requiert un des diagnostics de l'annexe I du présent addendum. Inscrire le code de ce diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

+ RÈGLE 3**GESTION D'ÉCLOSION**

3.1 La gestion d'éclosion intra-établissement mineure et majeure est la mise en place, sous la supervision d'un médecin microbiologiste-infectiologue suite à une évaluation épidémiologique, d'un ensemble de mesures de prévention des infections considérées nécessaires pour maîtriser la dissémination d'un agent infectieux et d'en permettre le suivi afin de s'assurer que l'éclosion soit contrôlée.

ANNEXE 1 DE L' ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

- Infections virales :
 - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (042.0, 042.1, 042.2, 042.3, 042.9, 043.9, 044.9, 795.8)
 - Hépatite B (070.2 à 070.6, 070.9, 573,3)
 - Hépatite C (070.4, 070.5)
- Infections bactériennes ou à rickettsies post-transfusionnelles (999.3)
- Syphilis (090.0 à 090.7, 090.9 à 092.0, 092.9 à 093.2, 093.8 à 094.3, 094.8, 094.9, 095.9, 096.9, 097.0, 097.1, 097.9, 647.0)
- Infections par les prions (notamment Creutzfeldt-Jakob) (046.1)

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

- Dengue (061.9)
- Diphtérie (032.0, 032.1, 032.2, 032.3, 032.8, 032.9)
- Fièvres hémorragiques (065.0, 065.1, 065.2, 065.3, 065.4, 065.8, 065.9)
- Paludisme (084.0 à 084.9)

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

- Infections à germe multirésistant :
 - Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline ou à la vancomycine
 - Enterococcus faecalis ou faecium résistant à la vancomycine
 - Mycobacterium tuberculosis multirésistant
 - Clostridium difficile
 - Acinetobacter Baumannii
 - Bacilles gram négatif multirésistants producteurs de carbapénémases et/ou de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)

4. CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Dialyse rénale chronique (V56.0, V56.8, V56.9, 585.9, 586.9)
- Greffe de moelle osseuse
- Greffe d'organe solide excluant la cornée, la peau, l'os ou le cartilage
- Leucémie aiguë (204.0, 205.0, 206.0, 208.0)

AVIS : Voir la règle 2 de l'addendum 10.

Le code correspondant au diagnostic est entre parenthèse. En l'absence d'un code, inscrire le diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09041, 09042, 09044, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212 et 15435**, voir la Règle d'application n° 23.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	95,45
T ----	Supplément de consultation 111,15	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	206,60
T 09137	Supplément de durée (1*)	38,85
T 09129	Visite de contrôle	44,25

Maladies infectieuses en émergence :

T 15104	Visite principale	116,40
NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.		

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	105,60
16111	Visite principale à partir de la 21 ^e journée de la date d'admission	105,60

AVIS : Voir la règle 5.4 du préambule général.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	105,60
----	Supplément de consultation 98,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,50
09080	Supplément de durée (1*)	20,75
09094	Visite de transfert	90,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

R = 1

09152	Visite de contrôle.	40,55
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	69,85
09000	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin micro- biologiste infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale	206,60
09007	premier jour jour subséquent	42,25
	NOTE : L'acte codé 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.	
	Gestion d'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	275,00
15253	jour(s) subséquent(s) (maximum 9).	137,50
+	NOTE : L'acte codé 15253 ne peut être majoré selon les dis- positions relatives à la règle 14 du préambule général.	
	Gestion d'éclosion intra-établissement majeure (SRAS, grippe aviaire, pathogène virulent avec une mortalité exceptionnelle, transmission hémotogène d'un agent infectieux à partir d'une source commune)	
+	NOTE : Maximum 1 gestion d'éclosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15254	premier jour	550,00
15255	jour(s) subséquent(s) (maximum 9).	275,00
+	NOTE : L'acte codé 15255 ne peut être majoré selon les dis- positions relatives à la règle 14 du préambule général.	
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 3.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie- infectiologie.	

15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport.	110,00
15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport.	275,00

NOTE : L'acte codé 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).

AVIS : Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- le code d'acte **15252** à **15257** dans la section Actes;

- le nombre de rapports (**15256** et **15257**) dans la case UNITÉS.

Pour l'acte **15257**, conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

#

Pour les actes **15252**, **15253**, **15254** et **15255**, inscrire le microorganisme et l'unité de soins où a lieu l'éclosion dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Soins critiques :		
16060	Visite principale.	147,65
----	Supplément de consultation 84,70	
09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de la cornée, de la peau, d'os ou de cartilage) ou pour leucémie aiguë ou pour nouveau-né avec poids de naissance de 1 500 grammes ou moins dans les trois premiers mois de vie (incluant la visite principale et le supplément de consultation) . .	232,35
16061	Visite de transfert	126,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09019	Visite de contrôle.	45,75
Maladies infectieuses en émergence :		
09026	Visite principale.	147,65
----	Supplément de consultation 84,70	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
16062	Visite de contrôle.	45,75

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

09029	Antibiothérapie parentérale ambulatoire : Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09030	Planification du traitement	103,20
	NOTE : Les actes codés 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un de ces actes a été fac- turé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie- infectiologie.	
15434	Planification de l'antibiothérapie séquentielle orale d'une durée d'au moins 21 jours chez un patient de 12 ans ou moins	88,60
	Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :	
09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95
	<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	143,35
09096	chaque jour subséquent	83,50
	<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
	Externe	
09162	Visite principale	76,40
----	Supplément de consultation	88,95
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09078	Supplément de durée	31,10
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine. Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

		R = 1
09164	Visite de contrôle	35,40
Maladies infectieuses en émergence :		
09041	Visite principale	93,15
----	Supplément de consultation 92,85	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	186,00
09043	Visite de contrôle	40,55
Antibiothérapie parentérale ambulatoire :		
15435	Visite principale	80,00
	Supplément de consultation 152,35	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09032	Planification du traitement	103,20
NOTE : Les actes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.		
09045	Visite de contrôle	52,40
15003	Expertise requise suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient	186,00
NOTE : Si le patient est vu dans les jours suivants pour le même épisode, une visite principale peut être facturée.		

Salle d'urgence

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	232,35
Maladies infectieuses en émergence :		
09047	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	232,35
Antibiothérapie parentérale ambulatoire :		
09048	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	232,35
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	92,95

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	30,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	30,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90
09148	Visite de contrôle	14,40
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	56,20

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	76,40
	Supplément de consultation 88,95	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,35
09088	Supplément de durée	31,10

AVIS : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.*

09202	Visite de contrôle	35,40
	Maladies infectieuses en émergence :	
09074	Visite principale	93,15

NÉPHROLOGIE

AVIS : Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse.
Voir la Règle d'application n° 31.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	93,15
15436	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation 107,45	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,60
15437	si patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
+ ----	Supplément de consultation anténatale 107,45	
+ 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) . . .	200,60
+ 15716	si patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
T 09137	Supplément de durée (1*)	43,00
	NOTE: Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
T 09129	Visite de contrôle	43,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

D 15438	Un supplément est payable si patient greffé rénal	30,00
	NOTE: L'acte codé 15438 ne peut être facturé avec les actes codés 09080, 09095 et 09096.	
T 09150	Visite principale	99,25
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	99,25
15439	Si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation 88,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,35
15440	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,50
+ ----	Supplément de consultation anténatale 88,10	
+ 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)	187,35
+ 15718	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,50
T 09080	Supplément de durée (1*)	27,55
	NOTE: Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

T 09094	Visite de transfert	93,70
15441	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

T 09152	Visite de contrôle.	60,55
+ 15719	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
09161	Tournée des malades le week-end	
T	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	
15442	si patient de moins de 18 ans, supplément	71,65
		10,00

T 09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
T 09096	premier jour	139,45
	chaque jour subséquent	81,60

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

T 09097	par jour, par patient	
T 09098	premier jour	104,00
	chaque jour subséquent	104,00

00024	Visite de départ	100,00
15443	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00

AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.

Externe

T 09162	Visite principale.	71,65
15444	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,00
T ----	Supplément de consultation	82,65
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	154,30
15445	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,00
+ ----	Supplément de consultation anténatale	82,65
+ 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)	154,30
+ 15721	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,00
T 09078	Supplément de durée.	33,05

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

09164	Visite de contrôle	33,05
	Transplantation	
T 15446	Visite principale	88,70
T 15447	si patient de moins de 18 ans, supplément	44,35
T 15448	Visite pendant la première année post-transplantation	110,85
T 15449	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
T 15450	Visite post-biopsie rénale	110,85
T 15451	si patient de moins de 18 ans, supplément	55,45
T 15452	Visite pour bilan annuel incluant la révision complète du dossier	332,60
T 15453	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
T 15454	Visite pour évaluation d'un patient en prégreffe rénale	332,30
T 15455	si patient de moins de 18 ans, supplément	166,30
T 15456	Évaluation annuelle, au vu du dossier d'un receveur potentiel ...	44,35

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	24,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,15
09148	Visite de contrôle	13,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

**Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques
pour accès)**

T 09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient de moins de 18 ans	65,80
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient	
T 15035	patient de 18 ans ou plus	530,00
T 15036	patient de moins de 18 ans	1679,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de moins de 18 ans	
15457	dialyse initiale	200,00
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de 18 ans ou plus	
T 15040	dialyse initiale	197,50

	Dialyse subséquente	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
T 15041	patient de 18 ans ou plus	40,80
T 15042	patient de moins de 18 ans.	131,70
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
T 15043	patient de 18 ans ou plus	50,55
T 15044	patient de moins de 18 ans.	144,85
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en tout temps	
T 15045	patient de 18 ans ou plus	52,65
T 15046	patient de moins de 18 ans.	144,85
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, samedi, dimanche ou un jour férié	
T 15047	patient de 18 ans ou plus	46,15
T 15048	patient de moins de 18 ans.	138,30
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, samedi, dimanche ou un jour férié	
T 15722	patient de 18 ans ou plus	50,90
T 15723	patient de moins de 18 ans.	145,80
	NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.	
T 15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, par patient	530,10
T 15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois, par patient	530,10

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	71,65
----	Supplément de consultation 82,65	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	154,30
09088	Supplément de durée	33,05
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	33,05

NEUROCHIRURGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09165, 09162, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	46,75
----	Supplément de consultation 92,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	139,70
09292	Supplément de durée	29,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	17,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	36,15
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	36,15
----	Supplément de consultation 71,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	107,45
09152	Visite de contrôle	17,50
+	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
+ 09095	premier jour	106,00
+ 09096	chaque jour subséquent	67,00

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
 - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

#	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
#	par jour, par patient	
# 09097	premier jour	104,00
# 09098	chaque jour subséquent	104,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

00088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crano-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique premières 24 heures	268,55
15123	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM premières 24 heures	268,55
NOTE : Concernant les actes codés 00088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation, en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.		
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)	322,35
NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16063.		
Soins médicaux pour un patient ayant subi un traitement endovasculaire pour une pathologie neurovasculaire par un médecin d'une autre spécialité excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques		
16064	1 ^{er} jour	214,90
16065	2 ^e au 10 ^e jour (par jour)	53,65
Externe		
09162	Visite principale	35,10
----	Supplément de consultation 72,35	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	107,45
09164	Visite de contrôle	15,75
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)	322,35
NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16066.		
15515	Visite de suivi oncologique incluant la détermination du traitement par chimiothérapie ainsi que la supervision de celui-ci par le neurochirurgien. Maximum 1 fois par patient, par mois	50,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	23,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,40
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	107,45
09148	Visite de contrôle	12,20

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

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. . . .	48,40

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	35,10
----	Supplément de consultation 72,35	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	107,45
09202	Visite de contrôle	15,75

AVIS : (1*) Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

**NEUROLOGIE,
NEUROPSYCHIATRIE
ET ELECTROENCEPHALOGRAPHIE**

Cabinet privé :

15697	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément.	225,00
	Maximum 2 par an, par patient, pour les actes codés 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	
	NOTE : L'acte codé 15697 n'est facturable qu'avec les actes codés 09127, 09129 et 09165.	
09127	Visite principale	101,60
T 16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément.	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case*
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES.

----	Supplément de consultation 82,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,20
15134	enfant de 14 ans ou moins, supplément.	21,65
09137	Supplément de durée (1*)	35,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

15698	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
09129	Visite de contrôle	56,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

09150	Visite principale	109,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	109,50

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

----	Supplément de consultation	58,45	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,95	
15135	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65	
09080	Supplément de durée (1*)	20,00	
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
09094	Visite de transfert	109,50	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.		
15699	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique.	150,00	
	Maximum 2 par mois, par patient		
09152	Visite de contrôle.	40,65	
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	54,15	
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	126,70	
09096	chaque jour subséquent	73,70	
	<u>AVIS :</u> - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient		
09097	premier jour	104,00	
09098	chaque jour subséquent.	104,00	
	Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques		
16070	premier jour	109,50	
16071	chaque jour subséquent	79,85	
	NOTE : L'acte codé 16070 ne peut être facturé avec une autre visite, le même jour.		
	NOTE : L'acte codé 16071 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du préambule général.		

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

R = 1

00024	Visite de départ	119,15
	NOTE : L'acte codé 00024 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 16071.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	Externe	
15700	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le MOCA, le MMSE, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément	225,00
	Maximum 2 par an, par patient, pour les actes codés 15697 et 15700 ou une combinaison des deux	
	NOTE : L'acte codé 15700 n'est facturable qu'avec les actes codés 09162, 09164 et 09170	
09162	Visite principale	76,30
T 16072	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément.	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
----	Supplément de consultation 67,15	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15136	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09078	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.</i>	
15701	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui le neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	200,00
15702	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique	150,00
	Maximum 2 par mois, par patient	
09164	Visite de contrôle	43,25

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	200,95
15137	enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	28,80
T 16073	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	28,80
T 16074	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,80
09148	Visite de contrôle	15,05

Centre hospitalier :

15599	Réunion neuromusculaire multidisciplinaire : Évaluation, par un neurologue surspécialisé en pathologies neuromusculaires et/ou neurogénéticien en compagnie d'un pathologiste, du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un diagnostic et un plan de traitement avec production d'un rapport au dossier du patient. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une réunion neuromusculaire multidisciplinaire à laquelle participent au moins deux médecins d'au moins deux spécialités différentes, incluant au minimum un pathologiste et un neurologue	50,00
	NOTE : L'acte codé 15599 ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité, par cas.	

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFES-
SIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale	76,30
	16075	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	25,70
		NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient	

AVIS : Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

----		Supplément de consultation 67,15	
09212		Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,45
15138		enfant de 14 ans ou moins, supplément	21,65
09088		Supplément de durée	25,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	43,25

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

D	15516	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants : - IMC >= 35; - Patiente âgée <= 13 ans; - Patiente âgée >= 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	26,00
		NOTE : L'acte codé 15516 est facturable avec les actes codés 09165, 09281, 09286, 15080 et 16076.	
		AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	09149	Visite principale	52,00
	15108	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	31,00
		AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 – Obstétrique-gynécologie.	
		AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
	----	Supplément de consultation 49,00	
	09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	101,00
	----	Supplément de consultation intradisciplinaire 76,00	
	09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	128,00
	----	Supplément de consultation interdisciplinaire 49,00	
	09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	101,00
S			

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

S

15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	101,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09292	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.</i>	
09129	Visite de contrôle	21,00
09138	Visite prénatale	27,90
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	31,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance.	160,00
16078	visite subséquente	45,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	

15518	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal . . .	
15519	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	130,00
	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	52,00
15520	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	175,00
15521	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	39,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

15522	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :	
	- IMC $\geq$ 35;	
	- Patiente âgée $\leq$ 13 ans;	
	- Patiente âgée $\geq$ 70 ans;	
	- Patiente à mobilité réduite;	
	- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préablement diagnostiqués	23,00
	NOTE : L'acte codé 15522 est facturable avec les actes codés 09160, 09282, 09287, 15081, 15140 et 16083.	

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09151	Visite principale	46,45
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	46,45
15109	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	27,00

AVIS : *Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.*

AVIS : *Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	180,00
	NOTE : Les actes codés 16079 et 16080 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	48,00

16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	96,00
	NOTE : L'acte codé 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.	
	Évaluation et prise en charge d'une patiente avec hyperstimulation ovarienne secondaire à une intervention de procréation médicalement assistée	

S

----	Supplément de consultation	43,55
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	90,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	66,55
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	113,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	43,55
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	90,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	131,95
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	178,40
	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la règle 7).	
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	90,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉ- RANT et SON NUMÉRO.</i>	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	55,00
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	132,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique (2*)	25,00
15085	Supplément de durée	20,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	18,50
09156	Visite prénatale, grossesse normale	24,80

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

15125	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	27,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00

09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	33,00

15126	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	18,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,00

AVIS : (2*) Voir la règle 7.2 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15087	visite subséquente	50,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	

15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	150,00

AVIS : *La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.*

15089	visite subséquente	50,00

15523	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile	154,00
15524	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile.	34,50

15525	Stabilisation et organisation des soins d'une patiente instable hémodynamiquement en vue de subir une embolisation	500,00
	NOTE : L'acte codé 15525 est facturable en sus de l'accouchement, de la césarienne ou des actes sous les onglets Gynécologie et Obstétrique.	

Externe

15526	Un supplément est payable dans les cas complexes suivants : - IMC >= 35; - Patiente âgée <= 13 ans; - Patiente âgée >= 70 ans; - Patiente à mobilité réduite; - Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués	20,00

D NOTE : L'acte codé 15526 est facturable avec les actes codés 09170, 09283, 09288, 15090, 15143 et 16088.

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

		R = 1
09175	Visite principale	40,25
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	23,75
<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.		
<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément ...	5,00
16084	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	90,00
16085	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	180,00
NOTE : Les actes codés 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.		
16086	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	42,00
16087	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements	84,00
NOTE : L'acte codé 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.		
NOTE : Les actes codés 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale à la même séance.		
----	Supplément de consultation 37,75	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 57,75	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 37,75	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	78,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 127,75	
15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	168,00
	NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la règle 7).	

S

15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	78,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉ- RANT et SON NUMÉRO.</i>	
16088	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
15666	Évaluation au vu du dossier d'une patiente dans le cadre du Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec, avec note consignée	10,00
	NOTE : L'acte codé 15666 est facturable seulement à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM.	
	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>	

15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	132,00
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15092	première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	16,00
T 09166	Visite prénatale, grossesse normale	21,70
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.	
15127	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	23,75
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	28,50
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément.	18,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	5,00
15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	
15096	visite subséquente	50,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	

16089	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16090	visite subséquente	38,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	150,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15098	visite subséquente	50,00
09192	Clinique des tumeurs pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	30,00
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
09064	visite principale	36,00
09065	visite de suivi	25,00
15528	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	100,00
15529	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse.	40,00
	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
15530	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	134,00
15531	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile.	30,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	45,70
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	53,20
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	46,70
16091	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	40,00

AVIS :

(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin gynécologue oncologue au vu du dossier d'une patiente dirigée par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.	50,00
	NOTE : Maximum 6 par médecin, par mois.	

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)**
Voir la règle 17 du préambule général.

*Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.*

T 09209	Visite principale.	40,25
15111	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément (5*)	23,75

AVIS : *Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.*

T ----	Supplément de consultation 37,75	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	78,00
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire 57,75	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,00
T ----	Supplément de consultation interdisciplinaire 37,75	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	78,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (3*) Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (5*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport (6*)	78,00
16092	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
15128	Supplément de durée (4*)	20,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09202	Visite de contrôle	16,00
T 15117	Visite prénatale, grossesse normale	21,70
15141	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément (5*)	23,75
AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie. AVIS : Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
16093	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	150,00
16094	visite subséquente	38,00
NOTE : Maximum de 3 visites subséquentes par médecin.		
AVIS : (4*) Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie. (5*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. # (6*) Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		

OPHTALMOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales, voir la Règle d'application n° 21.

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTES :

* 1) En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.

D **2) L'évaluation neuro-ophtalmologique d'un patient dirigé par un médecin spécialiste pour une suspicion de pathologie neuro-ophtalmologique est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

+ ***3) La consultation intradisciplinaire pour condition oculaire inflammatoire sévère est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie une formation particulière en uvéite.

AVIS : Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

T 09252	Visite principale	73,65
----	* Supplément de consultation 20,25	
T 09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	93,90
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 32,85	
T 09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	106,50
T 15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	93,90

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

T 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.

T 09123	** Évaluation neuro-ophtalmologique.	133,00
T 09129	Visite de contrôle.	42,00
+ 15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	84,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

T 09150	Visite principale.	68,20
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,20
T ----	* Supplément de consultation 15,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	83,20
T ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 33,05	
T 09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
+ 15752	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	160,00
+ 15753	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
+	NOTE : L'acte codé 15753 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.	
T 15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

T 16095	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique.	200,00
T 15178	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère ..	77,75
	NOTE : L'acte codé 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

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.	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 : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6.
- Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, règle 2.3.*

Externe

09253	Visite principale	54,55
----	* Supplément de consultation 15,00	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,55
T ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70	
T 09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
15754	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite princi- pale et le supplément de consultation) (2*)	160,00
15755	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00

NOTE : L'acte codé 15755 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes

15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	69,55

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

16096	Supplément de durée	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	200,00
15181	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère . .	62,20
	NOTE : L'acte codé 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
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

Salle d'urgence

15182	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,75

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.*

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

09147	Visite principale	68,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	68,20
09176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	83,20
09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	83,20

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

09148	Visite de contrôle	38,85

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *(1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*
(2) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.*

Centre hospitalier :

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
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
Oncologie oculaire	
15532	Visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire 90,00
NOTE : L'acte codé 15532 n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient.	
NOTE : L'acte codé 15532 ne peut être facturé dans les trois mois suivant une consultation.	
----	Supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire 70,00
15533	Consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire) 160,00
15534	Visite de suivi pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire 60,00
15535	Évaluation initiale par un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire faite à la demande d'un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire, pour opinion complémentaire, le même jour, par patient 120,00
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'ophtalmologiste qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
15536	évaluation subséquente, par patient 60,00
NOTE : Les actes codés 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536 ne s'appliquent qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.	
15537	Évaluation, au vu du dossier d'un patient, des résultats de l'examen orthoptique réalisé par un orthoptiste diplômé, dans le but de déterminer la conduite à tenir 15,00
NOTE : L'acte codé 15537 ne peut être facturé avec une visite, le même jour.	
NOTE : L'acte codé 15537 n'est exigible qu'une fois par patient, par année civile.	
NOTE : L'acte codé 15537 ne s'applique qu'aux établissements pédiatriques désignés par les parties négociantes.	

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09265	Visite principale	54,55
----	* Supplément de consultation 15,00	
09256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	69,55
# ----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 46,70	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	101,25
15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	69,55
AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de l'optométriste référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
16097	Supplément de durée	50,00
	Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09202	Visite de contrôle	31,10
15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	79,55

* NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283 et 09285**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	58,30
T ----	Supplément de consultation 15,75	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	74,05
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire 27,55	
T 09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	85,85
15458	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	68,20

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09292	Supplément de durée.	39,30
T	NOTE: Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, règle 2.8.

T 09129	Visite de contrôle	23,30

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	68,55
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,55
T ----	Supplément de consultation 17,10	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	85,65
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire 29,60	
T 09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	98,15
15459	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	78,70

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

T 16098	Visite de suivi aux soins intensifs	38,95
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée. Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un 4XXX6. -Voir l'Addendum 4 – Chirurgie, règle 2.3.</i>		
T 09152	Visite de contrôle.	23,85
Externe		
T 09162	Visite principale.	45,05
T ----	Supplément de consultation 13,05	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	58,10
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire 23,60	
T 09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	68,65
15460	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	53,40
<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>		
T 09164	Visite de contrôle.	18,60
Salle d'urgence		
15461	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	67,20
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.</i>		

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	30,55
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	30,55
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	58,10
T 09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	71,05
15462	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport.	53,40
<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.</i>		

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

T	09148	Visite de contrôle	14,15

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

T	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	53,20

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

S		Présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste en salle d'opération à la demande d'un autre médecin spécialiste, dans l'éventualité d'une intubation ou d'une extubation, sans autre acte chirurgical, à l'exception de la trachéotomie (acte codé 03019), incluant la visite et le rapport au dossier	
	15183	première heure.	285,60
	15184	par demi-heure additionnelle	142,85

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale	45,05
T	----	Supplément de consultation 13,05	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	58,10
T	----	Supplément de consultation intradisciplinaire 23,60	
T	09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	68,65
T	09202	Visite de contrôle	18,60

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
 (2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

*ADDENDUM 2. - PÉDIATRIE***RÈGLE 1.****EXAMEN GÉNÉRAL**

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.

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 75 \$ 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 le modificateur 199 pour demander la majoration d'honoraires.*

- inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
 - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;
 - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.

Voir la règle 14 du préambule général et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

PÉDIATRIE

15185	Un ou des tests d'allergies alimentaires	28,50
Cabinet privé :		
09127	Visite principale	56,65
----	Supplément de consultation 130,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	187,25
15538	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
00082	Supplément de durée.	110,15
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.		
<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
15049	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	127,85
<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
16099	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste.	94,70
09194	Examen général	56,65
<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
09129	Visite de contrôle	51,75
15164	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	
	Maximum : 6 quarts d'heure par séance.	55,05
<u>AVIS :</u> - Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre; - Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; - Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.		

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale.....	165,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par mois.....	165,20
----	Supplément de consultation 33,05	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	198,25
15539	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
T ----	Supplément de consultation en sous-spécialité 72,80	
T 15540	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité).....	237,90
+ 15756	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément.....	70,00
+	NOTE : L'acte codé 15756 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	
15541	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément.	130,00
15542	Supplément de durée.....	130,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
15543	Évaluation et prise en charge d'un patient avec pathologie complexe nécessitant une expertise en centre tertiaire (ex. : revue extensive de littérature, consultation(s) hors province, recherches diverses, devant être colligées au dossier), incluant rencontre et explications données au patient et/ou aux parents Maximum : 2 par patient, par centre hospitalier, par année civile. .	200,00
	NOTE : L'acte codé 15543 ne peut être facturé avec aucune autre visite et est réservé aux centres hospitaliers suivants :	
	- CHUQ - CHUL	
	- CHUS - Hôpital Fleurimont	
	- CUSM - Site Glen (pédiatrique)	
	- Hôpital Sainte-Justine	
09094	Visite de transfert	143,20
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
15544	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour Maximum d'une prise en charge par patient.....	400,00

15112	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	127,85
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
09152	Visite de contrôle	34,15
15165	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par 30 minutes.	
	Maximum : 90 minutes par patient, par médecin, par 15 jours d'hospitalisation	55,05
	NOTE : L'acte codé 15165 ne peut être majoré selon les dispositions de la règle 14 du préambule général.	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;</i> - <i>Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i> - <i>Inscrire le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS.</i>	
00086	Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération	165,20
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.</i>	
00081	Examen du nouveau-né normal à la naissance	60,00
15545	au départ	60,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>	
	NOTE : L'acte codé 15545 ne peut être facturé avec aucune autre visite durant l'hospitalisation à l'exception de l'acte codé 00081.	
09161	Tournée des malades le week-end	125,00
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	
15757	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00
	NOTE : L'acte codé 15757 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	198,25
	chaque jour subséquent	126,65

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;*
- *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*
- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;*
- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.*
Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

#	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	32,00
	Inscrire l'heure de début et de fin de la surveillance à l'unité des soins intensifs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00

15114	Visite de suivi pour patient immunosupprimé primaire ou secondaire ou ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs	126,65
15696	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	70,00

NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre
NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du préambule général.
NOTE : L'acte codé 15696 n'est payable qu'à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

AVIS : *Inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée.*
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'annexe 29, inscrire un code d'établissement 4XXX6.

15546	Visite en fin d'hospitalisation pour coordination d'antibiothérapie ou de soins palliatifs à domicile Maximum : 1 par patient	150,00
	NOTE : L'acte codé 15546 ne peut être facturé avec aucun autre acte.	

00024	Visite de départ	110,15

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.*

Externe		
09162	Visite principale	66,10
----	Supplément de consultation 77,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,20
15547	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
T ----	Supplément de consultation en sous-spécialité 105,75	
T 15548	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	171,85
15549	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	130,00
00083	Supplément de durée	88,10
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.		
<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour, incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	82,60
NOTE : Maximum d'une prise en charge par jour, par patient, par médecin		
15550	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	90,00
15551	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour	
	Maximum d'une prise en charge par patient	400,00
15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	89,90
<u>AVIS :</u> Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.		
16100	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	66,10
09196	Examen général.	29,80
<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		
09164	Visite de contrôle	25,35

15166	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	

Maximum : 6 quarts d'heure par séance 55,05

AVIS : - *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
- *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- *Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	165,20
09296	Visite principale subséquente, par mois	165,20

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	198,25
09148	Visite de contrôle	34,15

16102	Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	

Maximum : 6 quarts d'heure par séance 55,05

AVIS : - *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
- *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
- *Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

15552	Visite pour soins palliatifs incluant toutes les visites à domicile faites le même jour, par patient, par jour	200,00

00079	Divers : Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examens non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes) <u>AVIS :</u> - <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé. Si la personne ne peut présenter la carte d'assurance maladie, inscrire tous les éléments de son identité dans la section sur l'identité de la personne assurée. (Voir la section 3.2.1.4 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement).</i> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la rencontre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	81,60

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	66,10
----	Supplément de consultation 77,10	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	143,20
T 00084	Supplément de durée	88,10

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

T 15116	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	89,90

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

T 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	66,10
T 09202	Visite de contrôle	25,35

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

T	Maximum : 6 quarts d'heure par séance	55,05

AVIS : - Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

PHYSIATRIE**Cabinet privé :**

T 09127	Visite principale	90,10
----	Supplément de consultation 71,30	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,40
09137	Supplément de durée (1*)	44,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	47,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	114,15
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45
15321	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15321 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15322	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
	NOTE : L'acte codé 15322 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15323	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
15324	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche.	124,50
15325	si médecin traitant, supplément	17,40

AVIS :

(1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

15326	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
09080	Supplément de durée (1*) NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	17,90
09094	Visite de transfert <u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	72,75
09152	Visite de contrôle.	38,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	51,75
00024	Visite de départ. <u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	104,10

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

Externe		
09162	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 54,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
09078	Supplément de durée (1*)	26,65
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09164	Visite de contrôle	35,10
Salle d'urgence		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,55
15328	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15328 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15329	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15329 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15330	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.		

Centre de réadaptation

Hospitalisation		
T 15331	Visite principale	114,15
T 15332	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	114,15
----	Supplément de consultation 61,30	
T 15333	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,45
15334	si patient de moins de 8 ans, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15334 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15335	si patient de 80 ans ou plus, supplément	17,40
NOTE : L'acte codé 15335 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.		
15336	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	39,00
<u>AVIS :</u> (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		

15337	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	124,50
15338	si médecin traitant, supplément	17,40
15339	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	249,30
15340	Visite de transfert	72,75
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
15341	Visite de contrôle.	38,80
15342	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	51,75
15343	Visite de départ.	104,10
	<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	
	Externe	
15344	Visite principale.	67,35
15345	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	15,00
----	Supplément de consultation 54,30	
15346	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
15347	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	27,10
15348	Visite de contrôle.	35,10

D 15349	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier Maximum 1 fois par patient post-hospitalisation.	173,60
	NOTE : L'acte codé 15349 n'est facturable que suite à une hospitalisation dans le même centre de réadaptation.	
15350	Évaluation médico-handicap pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; cette évaluation comprend l'anamnèse, l'examen physique, les discussions interdisciplinaires, les rencontres de la personne-ressource accompagnante et la rédaction d'un rapport incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap ainsi que le plan de traitement de réadaptation Maximum 1 fois par 3 mois, par patient	124,60
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
T 09147	Visite principale	45,65
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre	45,65
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,90
T 09148	Visite de contrôle	22,50
Domicile :		
T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 54,30	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	121,65
T 09088	Supplément de durée (1*)	26,65
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
T 09202	Visite de contrôle	35,10

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

PNEUMOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	62,80
T ----	Supplément de consultation 118,20	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	181,00
09137	Supplément de durée (1*)	26,75
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
09129	Visite de contrôle	43,80
09142	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	9,70
	NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

+ 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	20,00
+	NOTE : L'acte codé 15694 n'est facturable qu'avec les actes codés 09060, 09150, 09152, 09160 et 09161.	
+	NOTE : L'acte codé 15694 ne peut être facturé avec les actes codés 00927 ou 41029, à la même séance	
09150	Visite principale	65,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,80
S ----	Supplément de consultation 106,20	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,00
15187	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
S		
09080	Supplément de durée (1*)	10,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique	
09094	Visite de transfert	65,80
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
09152	Visite de contrôle	31,00
S		

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	52,70
15359	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	60,00
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	122,80
09096	chaque jour subséquent	71,40
<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs</i> <i>Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.</i> <i>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :</i> <i>par jour, par patient</i>		
T 09097	premier jour	104,00
T 09098	chaque jour subséquent	104,00
Transplantation		
09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	160,50
NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour aux soins intensifs.		
FKP : Forfait prégreffe		
15360	Forfait pour suivi de patient adulte atteint de fibrose kystique du pancréas devant être hospitalisé, accepté par le programme de greffe et en attente d'une transplantation pulmonaire, nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP plus de 8 heures par jour	140,00
NOTE : Ce forfait est payable une fois par patient, par jour et inclut les visites, la surveillance ainsi que les procédés diagnostiques et thérapeutiques.		
NOTE : Ce forfait ne s'applique pas aux patients aux soins inten- sifs.		
00024	Visite de départ	63,00
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.</i>		

Externe		
09162	Visite principale	56,50
T ----	Supplément de consultation 106,00	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,50
09078	Supplément de durée	16,05
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.		

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09164	Visite de contrôle	39,20
09154	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.		

Salle d'urgence		
T 09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,00
+ 15695	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60
D 15361	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance, supplément	20,00
+	NOTE : L'acte codé 15361 ne peut être facturé avec les actes codés 00927 ou 41029, à la même séance.	

AVIS : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,40
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :		
T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

09201	Visite principale	56,50
T ----	Supplément de consultation 106,00	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,50
09088	Supplément de durée	16,05

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.

09202	Visite de contrôle	39,20
09155	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	89,60

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

*ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE***RÈGLE 1.***THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE*

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.*ENTREVUE AVEC UN TIERS*

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.**+ INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT ET EN CABINET**

- + **3.1** Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour les échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement ou avec les membres de l'équipe multidisciplinaire d'un cabinet, au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux et psycho-sociaux.

3.2 On distingue deux types d'intervention de suivi :

Courte intervention

La courte intervention de suivi ne requiert aucune durée minimale. Elle est payable une fois par patient, par jour.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 4.**VISITES ET THÉRAPIES**

4.1 Une visite ne peut être suivie d'une thérapie, le même jour, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

RÈGLE 5.**UNITÉS DE TEMPS**

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Inscrire la durée de la séance dans la case* **DIAGNOSTIC PRINCIPAL** **ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.**

RÈGLE 6.**VISITE DE RÉÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

6.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

RÈGLE 7.**ADMINISTRATION ET INTERPRÉTATION D'OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE**

7.1 En psychiatrie, la liste des outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie donnant droit à la facturation des actes 15564, 15571, 15584, 15595 15689, 15691, 15692 et 15693 apparaissant à la section *B – VISITES* est en annexe ci-après.

7.2 Les services médicaux visés à l'article 7.1 sont sujets à un plafonnement global d'activités de 125, pour l'ensemble, par médecin, par semestre. »

+ *ANNEXE / Règle 7*

LISTES DES OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE**ÉCHELLES CLINIQUES UTILISÉES EN PSYCHIATRIE****LISTE A. Échelles cliniques courtes ou auto-administrées****Dépression**

BDI-II (Beck Depression Inventory, Second edition)

Zung SDS (Zung Self Rating Depression Scale)

ASEX (Arizona Sexual Experiences Scale)

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Maladie bipolaire

MDQ (Mood Disorders Questionnaire)

Troubles Alimentaires

Eating Attitudes Test (EAT-26; Garner, 1982)

Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q; Fairburn 1987)

Toxicomanie/alcoolisme

Clinical Alcohol Use Scale (AUS)

Clinical Drug Use Scale (DUS)

CIWA-A : Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised

CAGE

DAST (Drug Abuse Screening Test)

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Troubles Anxieux

BAI (Beck Anxiety Inventory)

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

Qualité de vie / capacité pour travail

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)

Échelle LEAPS (Lam Employment Absence and Productivity Scale-répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)

Sheehan Disability Scale (SDS) : Questionnaire de David Sheehan (répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)

Q-LES-Q (Quality of Life Employment and Satisfaction Questionnaire)

Pédopsychiatrie**Symptômes anxieux**

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS-2)

Beck Anxiety Inventory for Youth (BYI)

Self-Report for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Dépression

Weinberg Depression Scale for children and adolescents (WDSCA)

Child Depression Inventory (CDI)

Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y)

Maladie bipolaire

General Behavior Inventory (GBI)

Autisme

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Trouble oppositionnel

Conduct Disorder Scale (CDS)

LISTE B. Échelles cliniques longues**Schizophrénie**

PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

CDS (Calgary Depression Scale)

ESRS (Extrapyramidal Symptoms Rating Scale)

AIMS (Abnormal Involuntary Movements Scale)

Barnes Akathisia Scale

Dépression

HAM-D-17 ou plus (Hamilton Depression Scale)

MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)

C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)

Maladie bipolaire

YMRS (Young Mania Ratings Scale)

Neuropsychiatrie

GDS (Geriatric Depression Scale)

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

CMAI (Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield)

CSDD (Échelle de dépression de Cornell pour la démence)

Échelle d'apathie de Marin

Troubles alimentaires

Eating Disorders Examination (EDE; Fairburn & Cooper, 1966)

Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3; Garner, 2004)

Troubles Anxieux

ESPT (PTSD) : TOP 8 (Treatment Outcome PTSD) de Davidson

TAG (GAD) : Penn State Worry Questionnaire, HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety)

TOC (OCD) : YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale)

Trouble de Panique : (1) PDSS (Panic Disorder Severity Scale) / (2) PAS (Panic and Agoraphobia Scale)

Agoraphobie : (1) Mobility Inventory and Fear Questionnaire / (2) The Agoraphobia Scale

Trouble d'anxiété sociale : LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)

TDAH

ASRS

Conners

Grille de vérification rapide du TDAH chez adulte de Barklay (mise en perspective des symptômes actuels, leurs répercussions fonctionnelles et de leur assise en enfance pour le TDAH chez l'adulte)

WURS (à faire à l'évaluation seulement)

Pédopsychiatrie**Symptômes anxieux**

Depression and Anxiety in Youth Scale (DAYS)

Multidimensionnal Anxiety Scale for Children (MASC)

Phobie sociale

Liebowitz Social Anxiety Scale Child Adolescent version (LSAS-CA)

Social phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC-C)

Trouble obs-compulsif

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Dépression

Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS)

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS)

Children's Depression Scale (CDS)

RÈGLE 8.**COMPLEXITÉ CLINIQUE**

8.1 Un supplément est accordé pour prendre en compte la complexité de certaines situations cliniques, soit :

- Patient sous contraintes légales (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement ou Tribunal administratif du Québec ou ordonnance du Tribunal de la jeunesse, Loi de la protection de la jeunesse, Loi du système pénal de justice pour adolescents), à l'exception de la garde en établissement, de la garde préventive et de la garde provisoire;
- Régime de protection (tutelle, curatelle);
- Patient atteint de 3 diagnostics psychiatriques ou plus;
- Patient ayant une polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus); (patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus), excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre;
- Patient présentant des difficultés langagières importantes ou une barrière linguistique (ne s'applique pas si absence de bilinguisme du psychiatre).

Ce supplément est payable avec la visite principale, la consultation ainsi que la visite de réévaluation psychiatrique, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

RÈGLE 9.**RAPPORT DÉTAILLÉ DE CONSULTATION**

- + **9.1** Le rapport détaillé de consultation comprend l'anamnèse, les antécédents, l'examen mental, un diagnostic détaillé ainsi qu'un plan de traitement actuel et futur biopsychosocial détaillé, permettant au médecin référant ou traitant de reprendre le suivi du patient.

AVIS : Voir le code d'acte **15553** sous le présent onglet.

PSYCHIATRIE

15553 Un supplément est payable, si rapport détaillé de consultation 120,00

NOTE : L'acte codé 15553 est facturable avec les consultations, les consultations pédopsychiatriques ou les consultations gériopsychiatriques, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

AVIS : Voir la règle 9.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15554 Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières 50,00

D NOTE : L'acte codé 15554 est facturable avec les actes codés 00024, 08780, 08781, 08782, 08783, 08784, 08785, 08786, 08787, 08788, 08789, 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08795, 08796, 08797, 08799, 08817, 08818, 08832, 08914, 08920, 08921, 08932, 08935, 08936, 08937, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980, 08981, 08989 ou 08991.

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

Cabinet privé :

15555 Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants 36,00

NOTE : L'acte codé 15555 est facturable avec les actes codés 08780, 08781, 08782, 08920, 08921, 08922, 08935 ou 16104.

15556 Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire 180,00

NOTE : L'acte codé 15556 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

08920 Visite principale 215,00
---- Supplément de consultation 150,00

08921 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 365,00

08780 Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 242,00
---- Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 218,00

08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	460,00
08781	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) ..	225,00
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	165,00
08782	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	390,00
15557	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	48,00
	NOTE : L'acte codé 15557 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16104	Visite de réévaluation psychiatrique	143,00

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15558	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15559	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	135,00

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15560	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	24,00
	NOTE : L'acte codé 15560 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	

15561	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	1 080,00

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	900,00

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)	72,00
15564	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15564 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	15,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
15689	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15689 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	40,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
08922	Visite de contrôle	81,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	55,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	55,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	52,00
08840	patients de 65 ans et plus	52,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	97,00
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	68,00
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les codes d'acte 08908 et 08915, voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps.	55,00
08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	44,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.</i>	
+	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
+ 08798	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	44,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Voir les règles 3.1 et 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

D	15565	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00
		NOTE : L'acte codé 15565 est facturable avec les actes codés 00024, 08783, 08784, 08785, 08786, 08832, 08936, 08961, 08970, 08971, 08972 ou 16105.	
	15690	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire.	150,00
		NOTE : L'acte codé 15690 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.	
	08970	Visite principale.	183,00
	08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	183,00
T	----	Supplément de consultation 107,00	
T	08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	290,00
	08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T	----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 160,00	
T	08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	380,00
	08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) .	193,00
	08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00
T	----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 117,00	
T	08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	310,00
	15566	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
		NOTE : L'acte codé 15566 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
	16105	Visite de réévaluation psychiatrique.	79,00

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15567	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15568	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15569	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15570	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15571	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3)	10,00
	NOTE : L'acte codé 15571 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
15691	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3).	35,00
	NOTE : L'acte codé 15691 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
08972	Visite de contrôle	41,00

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	48,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans.	48,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans.	46,00
08844	patients de 65 ans et plus	46,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00

AVIS : Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

AVIS : Pour facturer les codes d'acte **08974** et **08975**, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

08822	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
+	courte intervention	26,00
	maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	37,50

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15572	premier traitement	250,00
08977	traitement subséquent	135,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15573	première séance	350,00
15574	séance subséquente	175,00
08961	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	62,00

08918	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	307,65
08919	chaque jour subséquent	111,85
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>		
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent	104,00
T 00024	Visite de départ	183,00
<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.		
Externe		
15575	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	30,00
NOTE : L'acte codé 15575 est facturable avec les actes codés 08787, 08788, 08789, 08937, 08980, 08981, 08982 ou 16106.		
15576	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	150,00
NOTE : L'acte codé 15576 doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.		
<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.		
08980	Visite principale	183,00
T ----	Supplément de consultation 137,00	
T 08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	320,00
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
T ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 180,00	
T 08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	400,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	193,00
T ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 147,00	
T 08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	340,00

15577	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
	NOTE : L'acte codé 15577 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	

16106	Visite de réévaluation psychiatrique.	133,00

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15578	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polyopathie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopatique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00

AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15579	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	125,00

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15580	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement.	20,00
	NOTE : L'acte codé 15580 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	

15581	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15582	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15583	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15584	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - Addendum 3)	10,00
	NOTE : L'acte codé 15584 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
15692	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3)	35,00
	NOTE : L'acte codé 15692 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
08982	Visite de contrôle	72,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08845	patients de moins de 12 ans	48,00
08846	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08847	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08849	patients de 65 ans et plus	46,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	<u>AVIS :</u> Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08984 et 08985 , voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00

08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	37,50

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

08824	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade courte intervention maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	26,00

08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	37,50

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

15585	Électroconvulsivothérapie (ECT) premier traitement	250,00
08987	traitement subséquent	135,00
15586	Stimulation magnétique transcrânienne première séance	350,00
15587	séance subséquente	175,00

Salle d'urgence :

+ 15759	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00

NOTE : L'acte codé 15759 est facturable avec les actes codés 08799, 08817 et 08818

08799	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	267,00
08817	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	350,00
08818	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	287,00

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :

15588	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	30,00

NOTE : L'acte codé 15588 est facturable avec les actes codés 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08932, 08940, 08941, 08947 ou 16107.

08940	Visite principale	183,00
08947	Visite principale subséquente, par trimestre.	183,00
T 08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	290,00

R = 1

T	08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	220,00
	08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	380,00
	08792	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . .	193,00
	08793	Visite principale gériopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	193,00
T	08794	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	310,00
	15589	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	40,00
		NOTE : L'acte codé 15589 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
	16107	Visite de réévaluation psychiatrique	79,00
		<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
	15590	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	20,00
		<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
D	15591	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	20,00
		NOTE : L'acte codé 15591 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
	15592	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	900,00
		<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
	15593	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
		<u>AVIS :</u> Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	

15594	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15595	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15595 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	10,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
15693	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) NOTE : L'acte codé 15693 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	35,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
08941	Visite de contrôle	41,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08850	patients de moins de 12 ans	48,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08853	patients de 65 ans et plus	46,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	<u>AVIS :</u> <i>Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les codes d'acte 08820 et 08821, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.</i>	

R = 1

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08826	courte intervention, ...	26,00
	maximum de 50 par médecin, par semaine, pour l'ensemble des actes codés 08822, 08824, 08826 et 08963	
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure).	37,50

AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Domicile :

08945	Visite principale	46,00
08946	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur **033**.

15675 Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants 30,00

NOTE : L'acte codé **15675** est facturable avec les actes codés **08795, 08796, 08797, 08914, 08989, 08990, 08991** ou **16108**.

15676 Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire 150,00

NOTE : L'acte codé **15676** doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 20 jours ouvrables.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

08989 Visite principale 183,00
---- Supplément de consultation 137,00

08991 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 320,00

08795 Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 220,00
---- Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 180,00

08914 Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans) 400,00

08796 Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) ... 193,00
---- Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 147,00

08797 Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus) 340,00

15677 Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier 40,00

NOTE : L'acte codé **15677** est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.

16108	Visite de réévaluation psychiatrique.	133,00
	AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15678	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	40,00
	AVIS : Voir la règle 8.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15679	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital ou jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne	125,00
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15680	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement.	20,00
	NOTE : L'acte codé 15680 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	
15681	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur ..	900,00
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15682	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	750,00
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15683	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	60,00
15684	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3).	10,00
	NOTE : L'acte codé 15684 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
#	AVIS : Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

#	Échelles cliniques longues (Voir liste B)	
# 15764	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3)	35,00
#	NOTE : L'acte codé 15764 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	
#	AVIS : Inscrire le ou les outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
08990	Visite de contrôle	72,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08954	patients de moins de 12 ans	48,00
08955	patients de 12 ans à moins de 18 ans	48,00
08956	patients de 18 ans à moins de 65 ans	46,00
08957	patients de 65 ans et plus	46,00
08958	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	89,00
08959	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	59,00
	AVIS : Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	AVIS : Pour facturer les codes d'acte 08958 et 08959 , voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08960	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	48,00
08962	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	37,50
	AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08963	courte intervention	26,00
08964	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	37,50
	AVIS : Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.	
	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15685	premier traitement	250,00
15688	traitement subséquent	135,00
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15686	première séance	350,00
15687	séance subséquente	175,00

RADIO-ONCOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	43,60
09131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	43,60
----	Supplément de consultation 40,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09129	Visite de contrôle	25,50
09133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	25,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

09150	Visite principale	51,00
09134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	51,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 122,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	173,20
09094	Visite de transfert	36,10
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	36,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	19,30
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) . . .	19,30
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	25,70
09143	Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	25,70

Externe		
09162	Visite principale.	32,40
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) ..	32,40
----	Supplément de consultation 106,40	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	138,80
09164	Visite de contrôle.	19,10
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147	Visite principale	21,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,20
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :		
09168	Évaluation par un radio-oncologue, au vu du dossier, d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes	49,05

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 l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

15465	Présentation à un ou plusieurs radio-oncologues du dossier d'un patient avec évaluation formelle du plan de traitement élaboré, avec note au dossier	50,00

D NOTE : L'acte codé 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 page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

	09201	Visite principale	32,40
	09214	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	32,40
T	----	Supplément de consultation 106,40	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	138,80
	09202	Visite de contrôle	19,10
	09215	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

RHUMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes **00031**, **00043** et **00064**, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	108,50
15285	patient de moins de 18 ans, supplément	27,60
15466	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation 110,50	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	219,00
15286	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15467	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 110,50	
15468	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	219,00
NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.		

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15469	patient de moins de 18 ans, supplément	54,80
15470	patient de 75 ans et plus, supplément	27,60
00032	Supplément de durée (1*)	96,55
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
00033	Visite de contrôle	62,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

00034	Visite principale	106,40
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	106,40
15287	Patient de moins de 18 ans, supplément	26,60
15471	Patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 60,60	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,00
15288	patient de moins de 18 ans, supplément	41,80
15472	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
00037	Supplément de durée (1*)	61,60
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

00038	Visite de transfert	106,40
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
00039	Visite de contrôle.	57,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	95,50
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
00054	chaque jour subséquent	57,00
	<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs; - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient	
09097	premier jour	104,00
09098	chaque jour subséquent.	104,00
00024	Visite de départ.	140,45
15289	patient de moins de 18 ans, supplément	35,10
	<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	
	Externe	
00042	Visite principale.	80,00
15290	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
15473	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15291	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15474	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 80,00	
15475	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite princi- pale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière) .	160,00
	NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15476	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
15477	patient de 75 ans et plus, supplément	20,00

R = 1

00044	Supplément de durée (1*)	70,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

00045	Visite de contrôle	45,00

Salle d'urgence

15478	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	167,00
15479	patient de moins de 18 ans, supplément.	41,80
15480	patient de 75 ans et plus, supplément.	20,00

AVIS : *Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

T	09171	Visite principale	46,00
T	09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

00063	Visite principale	80,00
15292	patient de moins de 18 ans, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 80,00	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,00
15293	patient de moins de 18 ans, supplément	40,00
00065	Supplément de durée (1*)	70,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle	45,00

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

ADDENDUM 12 – SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL

Pour le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, les honoraires sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum.

RÈGLE 1.

ENTREVUE AVEC UN TIERS

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 2.

INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT

Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 3

VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE

La visite de suivi oncologique en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est la visite que le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail effectue auprès d'un patient hospitalisé, en externe ou en CHSLD avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle remplace la visite de contrôle et peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

RÈGLE 4.**UNITÉS DE TEMPS**

Au titre de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi en établissement :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

RÈGLE 5.**INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS D'UN PATIENT**

L'intervention clinique auprès d'un patient est la visite, effectuée par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, qui comprend, selon le cas, des fonctions d'investigation, de diagnostic, de traitement, de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé physique et psychosociaux. Selon le cas, le médecin s'implique durant la phase aiguë, chronique, de réadaptation ou de réduction des méfaits des problèmes de santé. De plus, cet acte peut inclure une activité auprès des proches, de la famille et des autres intervenants, ainsi que des visites en milieu du travail.

- + On paie l'intervention clinique auprès d'un patient par période d'activités de 15 minutes complétée.

SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL**Cabinet privé :**

T 09127	Visite principale	159,65
T ----	Supplément de consultation 79,85	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	239,50
T 09137	Supplément de durée (1*)	86,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
T 09129	Visite de contrôle	79,85
15613	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	52,00

AVIS : Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

Incrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	179,10
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre.	179,10
T 16112	patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
T ----	Supplément de consultation 102,35	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	281,45
T 16113	patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
T 09080	Supplément de durée (1*)	66,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
T 09094	Visite de transfert	133,05

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

T 16114	Visite de suivi oncologique	81,90

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

T 09152	Visite de contrôle	61,40

AVIS : (1*) Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

T 16115	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	40,95
#	<u>AVIS :</u> Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail. Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.	
T 16116	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95
	<u>AVIS :</u> Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
T 09161	Tournée des malades le week-end	81,90
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	
T 16117	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité.	102,35
T 00024	Visite de départ.	143,30
	<u>AVIS :</u> Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la section Établissement.	
	Externe	
T 09162	Visite principale.	122,80
T 16118	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	81,90
T 16119	patient de 85 ans ou plus, supplément.	81,90
T ---	Supplément de consultation 61,45	
T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	184,25
T 16120	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	81,90
T 16121	patient de 85 ans ou plus, supplément.	81,90
T 09078	Supplément de durée.	66,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
T 16122	Visite de suivi oncologique (1*)	71,65
T 09164	Visite de contrôle.	61,40

AVIS : (1*) Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

T 16123	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	40,95
#	<u>AVIS :</u> Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail. <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.</i>	
T 16124	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95
	<u>AVIS :</u> Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
T 16125	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	81,90

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	102,35
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre	102,35
T 16126	Patient de 85 ans ou plus, supplément	102,35
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	204,70
T 16127	patient de 85 ans ou plus, supplément.	102,35
T 16128	Visite de suivi oncologique (1*)	81,90
T 09148	Visite de contrôle	61,40
T 16129	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps.	40,95
#	<u>AVIS :</u> Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail. <i>Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers dans la case appropriée.</i>	
T 16130	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	40,95
	<u>AVIS :</u> Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	
T 16131	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité.	102,35
	<u>AVIS :</u> (1*) Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.	

Domicile :		
T 09171	Visite principale	46,00
T 09172	Visite de contrôle	17,00

Établissement :

+ 15614	Intervention clinique auprès d'un patient, par quart d'heure complété	49,23

NOTE : L'acte codé 15614 inclut les visites effectuées le même jour chez le même patient.

#	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.</i>	

+ 00085	Évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive, par quart d'heure complété	49,23

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.

#	<u>AVIS :</u> <i>Le médecin doit s'assurer que la Régie 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.</i>	

Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de l'établissement où a été effectuée l'évaluation dans la section Établissement;
- le code d'acte **00085** dans la section Actes, facturé sur une seule ligne;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

Aucun modificateur n'est applicable à moins d'indication contraire à l'entente.

Si l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique n'a pas été transmise à la Régie, en joindre une copie avec votre facturation.

*À défaut de se conformer à cet avis, le service sera refusé avec le message explicatif **916**.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T 09201	Visite principale.....	122,80
----	Supplément de consultation 61,45	
T 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	184,25
T 09088	Supplément de durée.....	66,55
	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.

T 09202	Visite de contrôle	61,40

UROLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 15596, 15597 et 16110**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

T 09127	Visite principale	59,30
T 15596	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	59,30
T ----	Supplément de consultation 25,65	
T 09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	84,95
T 09129	Visite de contrôle	22,00
+ 15758	Si patient de moins de 14 ans, supplément	10,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09150	Visite principale	47,70
T 09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,70
T ----	Supplément de consultation 34,55	
T 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	82,25
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 74,00	
T 16109	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	121,70
NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.		
T 09152	Visite de contrôle	19,10
+ 09161	Tournée des malades le week-end	34,25
(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		

Externe

T 09162	Visite principale	45,60
T 15597	Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins	45,60
T ----	Supplément de consultation 19,75	

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

R = 1

T 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	65,35
T ----	Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique	63,70
T 16110	Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) (2*)	109,30
NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.		

T 09164	Visite de contrôle.	16,90
+ 15760	Si patient de moins de 14 ans, supplément.	10,00

Salle d'urgence

15598	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	77,00
AVIS : Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence 0XXX7 dans la case appropriée.		

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09147	Visite principale	25,80
T 09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	25,80
T 09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,50
T 09148	Visite de contrôle	13,50

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

T 09168	Évaluation et rédaction d'un rapport au dossier hospitalier par un médecin urologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs où participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, par rapport	45,00

AVIS : Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a dirigé le malade, dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

AVIS : ((1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.
(2*) Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
 Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09201	Visite principale.....	45,60
T	----	Supplément de consultation 19,75	
T	09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	65,35
T	09202	Visite de contrôle.....	16,90

AVIS : (1*) Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

HORS DISCIPLINE

AVIS : Voir la règle 22 du préambule général.

Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

T 09128	Visite principale	46,00
T 09139	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

T 09158	Visite principale	39,00
T 09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	39,00
T 09159	Visite de contrôle	17,00

Externe

T 09177	Visite principale	39,00
T 09178	Visite de contrôle	17,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

T 09197	Visite principale	39,00
T 09298	Visite principale subséquente, par trimestre	39,00
T 09198	Visite de contrôle	17,00

Domicile :

T 09179	Visite principale	46,00
T 09199	Visite de contrôle	17,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (voir page B-4)
Voir la règle 17 du préambule général.*

Pour les visites, utiliser l'un des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la section Établissement. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le modificateur 033.

T	09210	Visite principale	39,00
T	09211	Visite de contrôle	17,00

DIVERS

+ 15761	Un supplément est prévu lorsque la communication avec le patient ou le parent d'un enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément est facturable en cabinet et en établissement lors d'une visite.	25,00

AVIS : Voir la règle 35 du préambule général.

15264	Constat de décès : constat de décès à distance NOTE : L'acte codé 15264 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.	25,00

09200	rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3)	31,00

AVIS : Voir la règle 20 du préambule général.

00080	Surveillance première demi-heure par quart d'heure additionnel.	39,00 39,00

AVIS : Voir la règle 9 du préambule général.

Aux fins de la facturation, inscrire :

- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- lorsque le patient est admis, la date de son admission dans la section Établissement;
- le nombre d'unités dans la case UNITÉS en utilisant une seule ligne. Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel.

Fournir les renseignements suivants dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire
- considération spéciale (1944) :

- L'heure de début et de fin;
- Les notes explicatives qui comprennent une description spécifique de l'évolution de l'état du patient ou tout autre document jugé pertinent justifiant la disponibilité immédiate du médecin;
- Le ou les codes de diagnostic.

R = 1

09246	Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier	
	première demi-heure	78,00
	par quart d'heure additionnel	78,00

AVIS : Voir la règle 9.3 du préambule général.

Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités dans la case UNITÉS, correspondant au temps requis pour l'aller seulement.

Inscrire le code de l'établissement de départ dans la section Établissement et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de toute autre gare d'embarquement.

08925	Thérapie de communication	46,00
	(Voir règle 7 du préambule général)	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 2.

R = 1

15405	Réunions cliniques multidisciplinaires	200,00
15406	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	50,00

(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.

D

NOTE : Les actes codés 15405 et 15406 ne s'appliquent pas aux médecins classés en anatomopathologie ou en psychiatrie, à un médecin qui participe à une clinique des 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 : Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **15405** ou **15406** dans la section Actes;
- pour l'acte **15406**, inscrire le nombre de quarts d'heure additionnels (maximum 3 quarts d'heure) dans la case UNITÉS;
- Les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL.

Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé avec ces codes.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Conserver, pour une période de 60 mois, les documents concernant la discussion du cas clinique 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 : <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.</i>	
17001	temps de déplacement, par quart d'heure de déplacement complété	50,00
	Maximum 3 quarts d'heure	
#	AVIS : <i>Inscrire :</i>	
	- le nombre de quarts d'heure (aller-retour) dans la case UNITÉS;	
	- la lettre A dans la case C.S.	
	- le lieu d'arrivée (code de l'établissement, du cabinet ou de la localité) qui correspond au lieu où le service est rendu dans la section Établissement;	
	- le code postal du lieu de départ qui correspond au lieu principal de pratique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;	
	- le code postal du lieu d'arrivée qui correspond au lieu où le service est rendu dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;	
	- Si le code postal est attribué à un grand territoire ou si vous ne trouvez pas le code postal, vous pouvez inscrire l'adresse pour plus de précision. La Régie tiendra compte des adresses trouvées dans l'outil Google Maps Canada (outil déterminé par les parties négociantes) pour effectuer le calcul des frais de déplacement.	
#	<i>Lorsque plus de six unités sont demandées (pour l'aller-retour), fournir des notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire – Considération spéciale (1944).</i>	
#	<i>Voir la règle 36.2 du préambule général.</i>	
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
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin accompagnateur dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRAND et SON NUMÉRO.</i>	
17006	Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue (voir règle 40 du préambule général)	100,00

R = 1

**EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL
POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME
D'ASSAUT SEXUEL
(LETTRE D'ENTENTE N° 5)**

Au cabinet :

00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	431,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire.	185,00

Dans un établissement :

00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	354,00
00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire.	153,00
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.	54,00

AVIS : *Fournir des notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.*

**ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE
(LETTRE D'ENTENTE N° 6)**

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'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.

R = 1

- 3) Une évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.
- 4) Un examen clinique des régions suivantes :
 - peau
 - phanères
 - ganglions
 - tête
 - cou
 - thorax
 - abdomen
 - organes génitaux (sauf contre-indication)
 - colonne et extrémités.
- 5) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.
- 6) Une recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.
- 7) La rédaction et son envoi à l'organisme concerné du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :
 - le bilan médical et pronostic
 - le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire
 - les suggestions d'allocation de services.

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	153,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	37,00

R = 1

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS
EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
(LETTRE D'ENTENTE N° 64)**

Évaluation d'un enfant et rapport

Au cabinet :		
09070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	185,00
Dans un établissement :		
09071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	153,00

Supplément : (cabinet ou établissement)		
09073	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives)	54,00

AVIS : *Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.

Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance		
15260	évaluation - suite à une ordonnance de la cour	556,00

Évaluation au vu du dossier de l'enfant		
15261	évaluation - au vu du dossier	278,00

15262	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	175,00

AVIS : *Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :*

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ou les renseignements essentiels dans les cases correspondantes de la demande de paiement dans le cas où le numéro d'assurance maladie n'est pas disponible;
- pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la section Établissement;
- pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la section Établissement et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code **15262** dans la section Actes;
- le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code.

AVIS : *Lorsqu'une ordonnance du tribunal est requise, veuillez la conserver pour une période de 60 mois aux fins de références ultérieures.*

R = 1

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS
MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
(LETTRE D'ENTENTE N° 172)**

98000	Évaluation – garde préventive	150,00
98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	250,00
98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	250,00
98003	Évaluation – Ordonnance de traitement / d'hébergement	950,00
98004	Évaluation – Suivi d'ordonnance	175,00
98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	300,00
98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 000,00
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	600,00
98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	600,00
98009	Évaluation médicale – Mesure de protection	600,00
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	600,00
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse.	600,00
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure.	175,00
98020	Signalement à la DPJ	400,00
98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé).	480,00
98022	Communication en vue d'une évaluation de dangerosité.	150,00

AVIS : *Pour la facturation des codes 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020, 98021 et 98022, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98008, 98009, 98010, 98011, 98020, 98021 et 98022 dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro d'établissement dans la section Établissement;
- le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes.

Voir la page suivante pour la suite des avis administratifs.

AVIS : Les évaluations psychiatriques **98005**, **98006** et **98007** sont assurées en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal. Considérant que ce programme assure le service au bénéficiaire de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois, inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S. de la demande de paiement si la personne faisant l'objet de cette ordonnance **ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.**

Selon les dispositions du programme, vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un accusé non résident du Québec, vous devez inscrire les **renseignements essentiels** suivants sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- inscrire le nom et prénom complet, date de naissance et sexe de l'accusé ou le **numéro d'assurance maladie** de l'accusé dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, si vous le détenez et que la carte d'assurance maladie est valide à la date du service;
- le code **98005**, **98006** ou **98007** dans la section Actes;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S., s'il y a lieu;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro d'établissement dans la section Établissement;
- le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes.

AVIS : Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, vous devez comptabiliser le temps en demi-heure (175,00 \$) et utiliser le code **98012**.

Si le témoignage du médecin est en relation avec l'une des évaluations codées **98005**, **98006** ou **98007**, vous référer au premier avis inscrit pour ces codes spécifiques pour des instructions additionnelles.

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- le **numéro d'assurance maladie** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code **98012** dans la section Actes;
 - pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la section Établissement;
 - pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la section Établissement et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
 - le **nombre de demi-heure(s)** dans la case UNITÉS;
 - les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du Tribunal administratif du Québec ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou une copie du subpoena assignant le médecin à comparaître selon le cas, aux fins de références ultérieures.

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU

1. Rapport médical du médecin traitant

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », le tout tel qu'édicte par la Loi sur la sécurité du revenu et plus particulièrement son article 6.

09800	complètement du formulaire intitulé « Rapport médical du médecin traitant » prescrit par le Ministre	25,00

2. Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical du médecin traitant » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par le médecin du Comité multidisciplinaire régional chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la loi.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin traitant sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801	pour l'information fournie	25,00

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

09825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	31,00
09826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	31,00

SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER

15310	Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques.	28,00
15311	Prélèvement de sang dans la veine cave chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction.	44,00
15312	Examen externe d'un cadavre.	54,00

AVIS : *En l'absence du numéro d'assurance maladie de la personne assurée, inscrire la lettre « D » dans la case C.S.*

De plus, si l'identification du cadavre est impossible, inscrire les coordonnées suivantes dans la section Identité de la personne assurée :

- Nom de famille : **DO**
- Prénom : **Jean** ou **Jeanne**, selon le sexe
- Date de naissance : selon l'âge approximatif du cadavre; inscrire l'année de naissance (exemple 1940), le mois est toujours **01** et le jour est toujours **01**, soit **400101**
- Sexe : **M** ou **F**

**ANNEXE 24
RÉMUNÉRATION DES SERVICES
MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI
SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES
PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS
DU TRAVAIL**

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

09926 rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission 21,50

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment :

- 1° la date de l'accident du travail;
- 2° le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
- 3° la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;
- 4° le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;
- 5° dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

09927 rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission 20,00

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

09928	rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission	20,00

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

- a) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

- 1° l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 2° l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
- 3° l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion;

Le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

09930	rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission	25,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- identification ou aggravation d'une condition personnelle pré-existante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929	rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission	90,00

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	125,00

B) Considération en raison de la complexité :

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914	.....	30,00
09915	.....	60,00
09916	.....	90,00

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin.	95,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909	rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé.	125,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09910	rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur	150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE**A) Médecin qui a charge**

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objet d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	400,00
09901	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	105,00
09984	supplément pour la psychiatrie	300,00

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1^o évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09978	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	780,00
09902	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	105,00
09985	supplément pour la psychiatrie	300,00
	2^o évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie	
09946	examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	875,00
09980	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	105,00
09986	supplément pour la psychiatrie	300,00

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	.....	65,00
09948	.....	110,00
09949	.....	165,00

D) Considération spéciale pour l'expertise d'une personne victime d'une lésion psychiatrique très complexe

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin désigné qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe.

09950	supplément pour la psychiatrie	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 récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

09934	production et transmission à la Commission du rapport, pour chaque médecin membre du comité.	380,00
09933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	115,00
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'édicte par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

Avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

09976	a) pour tout dossier revu.	90,00
09979	b) pour tout nouveau dossier	175,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier

09903	.....	65,00
09904	.....	115,00
09905	.....	175,00

12. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE**A) Nature du rapport**

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

09921	étude du dossier, du matériel anatomo-pathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission	375,00

13. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE**A) Avis écrit**

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938	avis donné au vu du dossier, sauf le médecin psychiatre	365,00
09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	625,00
09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	665,00
09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	950,00
09977	supplément lorsque effectué en cabinet.	100,00

AVIS : *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin.*

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun, sauf le médecin psychiatre.	565,00
09906	le médecin psychiatre qui pratique à la préparation de l'avis commun	750,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	75,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le responsable médical du Bureau d'évaluation médicale en raison de la complexité.

09981	.....	160,00
09982	.....	210,00

14. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale, du Comité des maladies pulmonaires, du Comité spécial des présidents ou une évaluation médicale visée à l'article 10 n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur, dont le rendez-vous est fixé plus de dix jours avant la date du rendez-vous initial. (MOD=032)

15. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit en cabinet privé les tests audiologiques nécessaires à l'évaluation de la condition de son patient, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests. Ce supplément n'est permis qu'une seule fois 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 dans les cas prévus	85,00

16. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

09970	rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite . . .	70,00

AVIS : *Inscrire comme date d'accident la date à laquelle le formulaire recommandant le retrait préventif est complété. S'il y a lieu, inscrire un diagnostic de grossesse.*

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL**A) Assignment temporaire**

Il s'agit du rapport médical complété à la demande de l'employeur par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

- 1° le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
- 2° ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
- 3° ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

09971	rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai à la Commission du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci.	65,00

18. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS**A) Nature du rapport**

Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

09942	étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin	340,00

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

09911	.....	25,00
09912	.....	50,00
09913	.....	75,00

19. AVIS MOTIVÉ

Il s'agit d'un rapport médical par lequel le médecin qui a charge du travailleur analyse les résultats au point de vue fonctionnel des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dont son patient a bénéficié, afin de motiver si ceux-ci doivent cesser, se poursuivre au-delà de trente (30) traitements ou pendant plus de huit (8) semaines, selon la première échéance rencontrée, ou si, dans certains cas, un autre genre de traitement doit débiter.

L'avis motivé n'est complété qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

L'intervenant de la santé du travailleur fournira à son client le formulaire à faire remplir par le médecin qui a charge avant l'arrivée de la première des échéances ci-dessus décrites :

Le médecin complète les trois éléments suivants du formulaire :

1° Appréciation du bilan fonctionnel. Le médecin rapporte les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction (et non les symptômes résiduels);

2° Recommandation du médecin qui a charge concernant les traitements de physiothérapie (section « A ») et d'ergothérapie (section « B »); lorsque les traitements sont en cours, le médecin indique s'il juge pertinent de les poursuivre.

Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, il indique s'il prévoit que ce sera éventuellement nécessaire et, dans l'affirmative, dans combien de temps environ. À la section « C », le médecin indique les raisons qui motivent la poursuite des traitements lorsqu'il la recommande. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles recherchées en lien avec les constatations rapportées en « 1 ». Ces objectifs doivent témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non des symptômes résiduels;

3° Date prévue de la prochaine visite médicale.

Lorsque l'avis motivé est complété et signé, le médecin l'expédie sans délai à l'intervenant de la santé qui dispense les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie à son patient, par le moyen de son choix ou celui convenu avec cet intervenant.

09900 Pour la rédaction complète et l'expédition du formulaire d'avis motivé prescrit par la Commission à l'intervenant de la santé qui prodigue les traitements au travailleur, avant la première des deux échéances suivantes : huit (8) semaines de la prise en charge par l'intervenant de la santé ou trente (30) traitements

110,00

20. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la Loi sur la santé et la sécurité du travail et son règlement.

09954	rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel	110,00

AVIS : *Le médecin doit être autorisé par les parties négociantes pour réclamer ce service.*

Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli dans la case DATE DE L'ACCIDENT.

**ANNEXE 30
ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES
HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION
LOURDE**

Abrogé.

INDEX

Page

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	C-3
Allergie	C-3
Analyse de laboratoire	C-5
Angiologie	C-6
Aphérèse	C-8
Aspiration	C-8
Audiométrie	C-9
Biopsie (unique ou multiple)	C-9
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques	C-11
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant.	C-14
Cardiologie	C-16
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques	C-18
Interventions cardiologiques	C-21
Stimulateur cardiaque	C-24
# Réanimation	C-26
# Électrophysiologie	C-26
Cathétérisme veineux	C-28
Diabétothérapie	C-29
Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)	C-30
Hémodialyse	C-31
Électroencéphalographie	C-32
Électromyographie	C-34
Électrolyse	C-37
Épilation au laser	C-37
Épistaxis	C-37
Épreuves de fonction respiratoire	C-37
Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)	C-38
Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées	C-40
Examens vestibulaires	C-40
Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport	C-40
Extraction	C-40
Gastro-entérologie	C-41
Hémofiltration	C-46
Injections	C-47
Insufflation gazeuse	C-49
# Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx	C-50
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant.	C-50
Neurochirurgie	C-52
Neurologie	C-52
Obstétrique-gynécologie	C-53
Biopsie (unique ou multiple)	C-53
Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-53
Ophtalmologie	C-55
Oeil	C-55
Biopsie (unique ou multiple)	C-55
Imagerie ophtalmique	C-58
Oxygénation extracorporelle	C-60
Hypothermie	C-60
Pléthysmographie	C-61
Phoniatry	C-62

Photodynamie	C-63
Photothérapie	C-63
Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)	C-63
Potentiels évoqués	C-65
Psychiatrie	C-66
Radiologie	C-66
Procédés diagnostiques et thérapeutiques incluant, le cas échéant, le contrôle fluoroscopique, échographique, tomodensitométrie ou par IRM sauf lorsque spécifié au tarif	C-66
Angioplastie transluminale per-cutanée non coronarienne	C-66
Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)	C-67
Crânienne et spinale	C-67
Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs	C-68
Cathétérismes veineux	C-68
Embolectomie	C-69
Extraction de corps étrangers	C-69
Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux	C-70
Perfusion artérielle médicamenteuse	C-70
Dénervation rénale	C-70
Interventions per-cutanées non vasculaires	C-71
Cryochirurgie pour lésions intracrâniennes, intrathoraciques, intraabdominales ou rétropéritonéales (excluant les lésions musculo-squelettiques) avec appareil dédié	C-71
Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche	C-71
Interventions hépato-biliaires	C-71
Drainage percutané de voies biliaires	C-72
Interventions digestives	C-72
Interventions mammaires	C-73
Interventions urologiques ou endo-urologiques	C-75
Interventions neuro-squelettiques	C-76
Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-77
Infiltration ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-78
Mise en place d'un cathéter percutané	C-78
Implantation de marqueur(s)	C-79
Injection de substance de contraste	C-79
Radio-oncologie	C-80
Radiothérapie palliative	C-82
Curiethérapie	C-82
Rhinosinusologie	C-83
Médecine hyperbare	C-86
Traitements de physiothérapie	C-88
Transfusion	C-89
Transplantation d'organes	C-89
Urologie	C-91
A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales	C-92
B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales	C-93
C) Urodynamie	C-94
D) Procréation assistée	C-95

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération pour l'anesthésie locale liée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

AVIS : *Lorsqu'un acte porte la mention « unique » ou « multiple », « un ou plusieurs », « unilatéral ou bilatéral », ne rien inscrire dans la case UNITÉS.*

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Allergie

20104	Un supplément est payable si réaction anaphylactique nécessitant l'administration d'épinéphrine	160,00	200,00
	NOTE : L'acte codé 20104 n'est facturable qu'avec les actes codés 00100, 00152, 00161, 00334, 20105, 20110, 20111, 20112, 20113, 20114, 20504 et 20505.		
	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation		
00100	une injection	12,50	17,50
20105	deux injections ou plus, le même jour	17,50	22,50
	NOTE : Les actes codés 00100 et 20105 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.		
	Cuti-réaction par scarification, intradermoréaction ou les deux, par jour :		
20500	tests cutanés aux inhalants, interprétation et, le cas échéant, la technique.	23,50	29,50
20501	tests cutanés aux aliments, interprétation et, le cas échéant, la technique (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie) ...	27,00	32,50

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20502	Scarification ou intradermoréaction tests cutanés au venin d'insectes, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie) . . .	56,00	67,50	
20503	tests cutanés aux médicaments, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour	45,00	56,00	
00107	Transfert passif	31,50	37,80	
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie et en oto-rhino-laryngologie)	5,65		
D 20106	Supervision de l'application cutanée contrôlée de substances chimiques à l'aide de chambrettes autocollantes laissées en place 48 heures et plus Maximum 200 allergènes par séance	1,00	1,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'allergènes dans la case UNITÉS.				
20107	Lecture en temps direct effectuée 72 heures ou plus après l'application Maximum d'une seule lecture par patient, par application.	30,00	30,00	
20108	Lecture de fiche signalétique (SIMDUT) . . .	50,00	50,00	
20109	Élaboration et préparation d'échantillons pour tests par application (produits industriels ou médicaments non commercialement disponibles)	300,00	300,00	
00152	Perfusion intraveineuse de gammaglobuline, incluant la surveillance	57,00		
20110	Perfusion intraveineuse d'immunomodulateur, incluant la surveillance	50,00		
20111	Injection anti-IgE, incluant la surveillance. . .	25,00		
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance	102,20	102,20	
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	150,00		
20504	Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	176,60		
20505	Test de provocation spécifique aux médicaments, toutes techniques, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	176,60		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00334	Désensibilisation aux médicaments, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte codé 20104 rendus le même jour, par jour . . .	375,00		
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 . . .	40,00		
	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation			
00161	première injection	50,00	70,00	
20112	injection subséquente, maximum 3 injections subséquentes	20,00	25,00	
	NOTE : Les actes codés 00161 et 20112 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.			
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case UNITÉS.</i>			
20113	Traitement ultra-rapide d'hyposensibilisation au venin d'insecte, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte codé 20104 rendus le même jour Minimum de 4 injections par type de venin, par patient, par jour.	350,00		
	NOTE : L'acte codé 20113 ne peut être facturé qu'une fois par jour, par patient.			
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	17,50	22,50	
00781	Dosages d'IgE spécifiques Interprétation d'un ou de plusieurs tests pour un patient que le médecin a vu, par patient, par jour (pour spécialiste en allergie seulement).	30,00	30,00	
	Analyse de laboratoire			
00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie).		2,20	
	NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

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 %. (MOD=016)

Angiographie veineuse :

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)

veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)

00129	bénéficiaire de 2 ans ou plus	23,10	4
00233	bénéficiaire de moins de 2 ans	41,10	6

veine thoracique ou abdominale

00133	bénéficiaire de 2 ans ou plus	48,10	4
00886	bénéficiaire de moins de 2 ans	71,65	4

par dissection veineuse :

veine cave supérieure ou inférieure

00135	bénéficiaire de 2 ans ou plus	65,45	4
00888	bénéficiaire de moins de 2 ans	85,80	4

sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine

00141	bénéficiaire de 2 ans ou plus	88,10	4

----	(maximum de 220,25 \$)		
00621	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50	4
----	(maximum de 281,25 \$)		

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

T

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
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	30,90		4
00408	bénéficiaire de moins de 2 ans	41,00		4
artère sous-clavière				
00139	bénéficiaire de 2 ans ou plus	75,85		5
00619	bénéficiaire de moins de 2 ans	96,00		6
artère carotide ou vertébrale				
00143	bénéficiaire de 2 ans ou plus	71,70		6
00409	bénéficiaire de moins de 2 ans	97,50		5
artère thoracique ou abdominale				
aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)				
00130	bénéficiaire de 2 ans ou plus	64,55		4
00883	bénéficiaire de moins de 2 ans	96,25		6
aortographie translombaire				
00131	bénéficiaire de 2 ans ou plus	72,00		5
00884	bénéficiaire de moins de 2 ans	108,00		5
par dissection artérielle :				
aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)				
00132	bénéficiaire de 2 ans ou plus	92,70		5
00885	bénéficiaire de moins de 2 ans	126,85		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	29,30		
T ----	(maximum de 117,20 \$)			
00887	bénéficiaire de moins de 2 ans	36,00		
----	(maximum de 144,00 \$)			
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.				
Coronarographie				
00294	bénéficiaire de 2 ans ou plus	194,85		5
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 19.				
00488	bénéficiaire de moins de 2 ans	292,30		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Angiocardiographie :			
00126	non sélective (par voie veineuse)			
00219	bénéficiaire de 2 ans ou plus	44,85		5
	bénéficiaire de moins de 2 ans	62,25		6
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire			
00102	bénéficiaire de 2 ans ou plus	104,50		5
----	(maximum de 209,00 \$)			
00191	bénéficiaire de moins de 2 ans	156,10		6
----	(maximum de 312,20 \$)			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
20506	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie	375,65		5
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 19.			
	Aphérèse			
00439	Erythrocytaphérèse	142,45		
00434	Leucaphérèse	142,45		
00406	Plaquetaphérèse	142,45		
20185	Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus), (pour médecin spécia- liste en hémato-oncologie seulement)	142,45		
20115	Cholestérol incluant la surveillance et la visite	100,00		
	<u>AVIS :</u> Pour le médecin classé en biochimie, utiliser le modificateur 174 pour l'acte 20115 lorsqu'il est effectué le même jour que l'acte 09735 . Les honoraires doivent être demandés à demi-tarif.			
	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)	9,75	9,75	
00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	15,75	15,75	
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la paro- tide.	19,05	19,90	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
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	17,30	19,70	
	tonale et vocale			
00156	interprétation	10,65	10,65	
00747	interprétation et technique de procédé	28,95	38,85	
00164	Mesure des émissions oto-acoustiques, interprétation	3,15		
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes trans-tympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	107,20		6
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale .	9,45	9,45	
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.				
00165	anus (PG-28)	17,85	20,85	5
00166	aponévrose	43,65	50,35	4
20021	artère temporale	114,90	114,90	5
00167	bouche	28,65	30,25	4
00168	bourse profonde	58,10	58,10	4
00169	bourse superficielle	25,20	25,20	4
00782	par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	37,25		
00173	conduit auditif externe	26,45	27,65	4
---	conjonctive	(voir oeil)		
00179	estomac (perorale)	17,85	17,85	4
00181	foie (à l'aiguille, percutanée) (PG-28)	55,00	55,00	5
00183	gaine tendineuse	40,95	46,95	4
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (PG 28)	46,00	46,00	5
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	112,50	112,50	6
00185	gencives	25,95	26,95	4
00187	glandes salivaires	34,05	36,40	5
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	50,00		4
00190	intestin grêle (perorale)	45,00	45,00	
00192	langue	28,65	30,25	4
----	larynx	(voir laryngoscopie)		
00194	lèvre	24,70	25,50	4
00195	ligament	41,95	49,15	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00308	masse cervicale (à l'aiguille) (PG-28)	33,20	33,20	5
D 20116	avec échoguidage, excluant la biopsie de la thyroïde, supplément	30,00		
	moelle osseuse :			
	aspiration seulement			
00234	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28 pour pédiatre seulement)	57,00	57,00	4
00249	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28 pour pédiatre seulement)	63,00	63,00	4
	multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire			
20507	chez le donneur	398,85		5
20508	par autogreffe	398,85		5
AVIS : Le code 20507 est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province ou pays de résidence) du donneur. Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.				
00202	muscle	105,00	105,00	5
00220	nerf périphérique	102,90	102,90	5
00204	nez : tumeur endonasale	31,95	34,05	4
----	orbite	(voir oeil)		
00207	oreille moyenne	28,65	28,65	4
00273	osseuse à l'aiguille (PG-28)	91,15		4
	avec aspiration de moelle osseuse			
00281	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28) . .	110,65		4
00282	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28) .	161,00		4
	osseuse ouverte :			
----	os mineur	(voir système musculo-squelettique)		
----	os majeur	(voir système musculo-squelettique)		
00213	palais	28,65	30,25	4
----	paupières et sourcils	(voir oeil)		
00215	cutanée et tissus sous-cutanés au poinçon, ou exérèse elliptique de 1,5 cm ou moins (PG-28)	32,00	32,00	4
20117	cutanée, par rasage	21,70	21,70	
20118	exérèse elliptique de plus de 1,5 cm	60,00	60,00	5
20119	matrice ou lit de l'ongle	60,00	60,00	4
00221	pharynx	28,65	30,25	5
00222	plèvre : à l'aiguille	150,00	150,00	4
00797	plèvre ou poumon ou les deux : au trépan pneumatique	173,30		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00226	préscalénique	63,00	63,00	4
00227	prostate (à l'aiguille).	37,80	37,80	4
00223	rate (avec manométrie)	61,25	61,25	4
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	60,90	60,90	4
00231	rectum	12,20	14,30	5
00232	rein (à l'aiguille) (PG-28)	100,00	100,00	5
00798	sein (à l'aiguille), une ou plusieurs.	15,50	19,80	4
00236	sinus	27,40	27,40	5
00238	tendon	38,10	44,60	4
	testicules :			
00241	unilatérale ou bilatérale	41,90	50,50	5
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	58,70	69,40	4
+ 00237	thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	28,00	45,00	
+ 00103	si évaluation d'une masse thyroïdienne avec biopsie sous échoguidage, supplément (cet acte est réservé aux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie).	30,00		
----	transtrachéale ou transbronchique	(voir bronchoscopie)		
00244	urètre (sans endoscopie).	14,60	14,60	4
00246	vaisseau superficiel	43,05	49,35	5

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

AVIS : *En urologie, voir la Règle d'application
n° 25.*

	bloc facettaire sous contrôle échoscopique, fluoroscopique ou scanographique		
00217	un site	42,30	66,70
20510	chaque site additionnel, par séance, maximum 4	21,00	21,00

AVIS : *Utiliser une seule ligne en
inscrivant le nombre total de sites
additionnels dans la case UNITÉS.*

NOTE : Une arthrographie ne peut être facturée lorsque effectuée dans la même séance qu'un bloc facettaire.

NOTE : Les actes codés 00217 et 20510 ne peuvent être facturés avec les actes codés 00431 et 20598.

	Infiltration articulaire C1-C2 (atlanto-axiale) sous scopie avec positionnement intra- articulaire incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste		
20511	unilatérale	185,20	218,30
20512	bilatérale	330,80	363,80

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00255	blocage d'un nerf somatique majeur tels radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur, maximum de un par jour, par patient (PG-28)	21,00	21,00	
	AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 1 sous l'onglet Règles d'application. Ce code ne peut être facturé pour une anesthésie locale, régionale ou loco-régionale.			
00722	bloc veineux	29,90	29,90	
00257	caudal	41,60	41,60	
20022	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	24,85	49,60	
00250	épidurale cervicale	75,60	75,60	
00813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	21,00	41,00	
00297	épidurale thoracique ou lombaire.	42,00	42,00	
00814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	21,00	41,00	
00258	ganglion de Gasser.	61,65	61,65	
00792	ganglion impar (Walther).	36,80	36,80	
00259	ganglion sphéno-palatin	55,25	55,25	
00260	ganglion stellaire	34,70	34,70	
00261	nerf fémoro-cutané	23,00	23,00	
00262	nerf laryngé supérieur	33,60	33,60	
00719	nerf obturateur.	33,60	33,60	
00263	nerf phrénique.	28,35	28,35	
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	131,25	131,25	
00265	nerf sus-scapulaire	23,10	23,10	
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	44,05	44,05	
00267	paravertébral de nerf somatique (thoracique, lombaire ou cervical).	31,70	31,70	
	maximum par jour	79,25	79,25	
	AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 8 Blocage paravertébral sous l'onglet Règles d'application. Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
20023	cryothérapie, toute voie d'approche, toute technique, pour lésions musculo-squelettiques, un ou plusieurs sites à la même séance excluant les facettes	156,65		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00266	bloc combiné du plexus lombo-sacré en une seule injection maximum un bloc par jour, par patient	36,80	36,80	
	Infiltration dans le foramen, sous télévision, d'une racine nerveuse cervicale ou thoracique, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée			
20513	une racine	176,40	209,50	
20514	deux racines ou plus.	330,80	363,80	
	Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée			
00292	une racine	114,45	136,45	
00293	deux racines ou plus.	179,70	216,10	
	paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire) :			
00268	unilatéral	78,75	78,75	
00269	plexus brachial.	42,00	42,00	
00322	sinus carotidien (PG-28)	33,10	33,10	
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	33,60	33,60	
00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	33,75	33,75	
	NOTE : Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence, les prestations ci-dessus sont majorées de 100 % (MOD=052). Le MOD=052 ne peut être facturé avec les codes d'acte 00250, 00257, 00297 et 00722.			

S

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant				
	Bronchoscopie :			
09362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28) . . .	31,50		5
09363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	105,00		4
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00		1
00724	avec cryothérapie, électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément . . .	150,00		7
20120	avec thermoplastie bronchique, supplément	100,00		1
09400	avec autofluorescence, supplément	100,00		1
09401	avec traitement photodynamique, supplément	150,00		1
09366	avec bronchographie, supplément	100,00		1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	150,00		1
20085	avec navigation électromagnétique, supplément	100,00		1
20181	avec insertion de marqueurs (grains d'or) au niveau pulmonaire (transbronchique) pour radiothérapie stéréotaxique, supplément . .	150,00		1
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	100,00		1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément	50,00		1
20121	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	50,00		1
09484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	157,50		5
00140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	157,50		1
00716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	157,50		1
20015	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	150,00		3
00802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément . .	100,00		1

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09344	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.</i>			
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire	279,80		6
00753	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires			
		250,00		7
00800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)	144,90		7
00801	Réexpansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et post opératoire et l'anesthésie locale, si employée	131,25		7
00811	Interventions percutanées transtrachéales Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations	105,00		7
00812	Réinsertion d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation suite au retrait accidentel moins de huit semaines après l'insertion initiale, incluant les remplacements et les aspirations	106,20		7
+	Trachéostomie percutanée effectuée aux soins intensifs (PG-28)			
+ 20515	premier intervenant	210,00		7
+ 20516	deuxième intervenant	134,60		

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

CARDIOLOGIE

+ Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans (MOD=102)

Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans (MOD=103)

Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans (MOD=104)

Études et épreuves cardiologiques**Électrocardiogramme :****au bureau :**

00340	interprétation	2,35	
00341	technique et interprétation	6,95	
00344	à domicile 22,15		

00339	Épreuve d'effort submaximal ou maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique, incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)	66,60	

00309	Épreuve d'effort submaximal ou maximal (surveillance du malade, technique et interprétation des tracés, y compris le tracé au repos)	48,30	

00329	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 00309 le même jour chez le même patient)	99,00	

00350	Électrocardiogramme dynamique (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation . . .	39,65	50,10

NOTE : Ne peut être facturé pour des patients sous télémetrie ou monitoring central.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position couchée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en pratiquant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur	57,40		
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)			
00685	bénéficiaire de 2 ans ou plus	25,75	25,75	
00690	bénéficiaire de moins de 2 ans	39,85	39,85	
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)			
00693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	66,40	66,40	
00705	bénéficiaire de moins de 2 ans	100,15	100,15	
00313	Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)	80,00	80,00	5
20517	Si resynchronisation, supplément.	20,00	20,00	
	NOTE : L'acte codé 20517 peut être facturé en supplément des actes codés 00313, 00685, 00690, 00693 ou 00705.			
00843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	73,40		
00704	Épreuve au dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate, l'interprétation des modifications électrocardiographiques et l'épreuve d'effort submaximal ou maximal, si effectué le même jour ..	73,40		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne, incluant la visite. 12,55 \$ par heure, par patient, maximum 15 patients <u>AVIS :</u> <i>Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :</i> - ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le nombre de patients dans la case UNITÉS; - la lettre « A » dans la case C.S.; - l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. <i>Veuillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures.</i> <i>Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.</i> <i>Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.</i>			
00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de 24 heures, interprétation. NOTE : Ne peut pas être facturé pour des patients hospitalisés. Ne peut pas être facturé par un médecin classé en microbiologie.	13,95	13,95	

Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

Le cathétérisme cardiaque inclut notamment la consultation, la dissection artérielle ou la ponction/l'utilisation d'un cathéter, l'enregistrement des pressions intravasculaires et intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

Les actes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, *Interventions cardiologiques*, *Stimulateur cardiaque* et *Électrophysiologie* de 3 heures ou plus donnent droit à un supplément

AVIS : *Inscrire l'heure de début et de fin des actes hémodynamiques et électrophysiologiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, lorsque le ou les codes d'acte 09410 et 09434 sont réclamés.*

09410	pour une période de 3 heures, supplément . .	129,20
09434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 8), supplément	88,10

AVIS : *Inscrire le nombre de quarts d'heure additionnels dans la case UNITÉS.*

09435	Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de 146,70 \$ par jour.

00300	Un maximum de 587,00 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section <i>Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques</i> , y compris l'angiologie, faits à la même séance pour un patient âgé de plus de 14 ans. NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.

AVIS : *Pour la facturation de l'acte 00300, inscrire les codes d'acte se rapportant aux études hémodynamiques effectuées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire – Considération spéciale (1944).*

Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, facturer les codes d'acte pour chaque étude effectuée. Selon les services demandés, le modificateur 050 s'applique pour le calcul du maximum.

S

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00617	Cathétérisme aortique (PG-23) (PG-28)	64,55		4
	NOTE : L'acte codé 00617 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00648, le même jour, pour le même patient.			
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (PG-23) (PG-28)	176,15		4
00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (PG-23) (PG-28)	160,85		4
09492	voie d'approche transseptale, supplément .	293,55		1
09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	293,55		1
00530	Cathéter électrode de stimulation intracar- diaque temporaire A8-1 (PG-23) (PG-28)	165,75		4
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (PG-23)	264,10		5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement	50,70		4
00307	Cathétérisme de l'artère ombilicale mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	109,30		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Interventions cardiologiques				
+ 20186	Un supplément est payable si imagerie par OCT des artères coronaires, technique et interprétation	233,75		1
+	NOTE : L'acte codé 20186 ne peut être facturé avec les actes codés 08375, 08376 et 08377, à la même séance.			
	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.			
T 00631	temps angiologique (1*)	246,60		
T 00632	temps angioplastique	528,35		8
T 00662	temps angiologique et angioplastique(1*)	645,75		8
T 09302	dilatation de chacune des artères additionnelles	152,60		
S				
T 20520	si athérectomie, supplément	293,55		
T 20521	si tuteur(s) intravasculaire(s), supplément ...	205,50		
T 20522	si thromboaspiration intravasculaire, supplément	205,50		
T 20523	si mise en place d'un système de protection embolique endovasculaire, supplément	205,50		
T 20524	si extraction de corps étranger(s), supplément	352,20		
T 20525	si embolisation septale appliquée aux cardiomyopathies hypertrophiques, supplément.	410,95		
+ 20518	Épreuve pharmacologique percutanéisme pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire.	88,10		6
+ 20122	Épreuve avec effort percutanéisme pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	88,10		6
+ 20519	Épreuve pharmacologique percutanéisme 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	88,10		6

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 19.

			Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
T	20123	Angioplastie d'occlusion chronique si double accès artériel pour injection coronarienne simultanée, dans le contexte d'une angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément.	226,45		2
T	20124	si guide et/ou microcathéter avancé par voie rétrograde dans le contexte d'une tentative d'angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément.	339,65		2
		NOTE : Les actes codés 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.	300,00		8
+	20188	si fistule coronarienne ou collatérale additionnelle, supplément.	100,00		2
		Maximum 2			
#		<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de fistules dans la case UNITÉS.			
T	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)	939,20		8
T	09361	dilatation d'une sténose à un site différent, supplément.	129,20		
+	20189	si utilisation d'un tuteur endovasculaire, supplément.	200,00		2
		Maximum 2			
#		<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de tuteurs dans la case UNITÉS.			
+	20190	si perforation par radiofréquence d'obstruction ou d'atrésie complète valvulaire ou d'un gros vaisseau intrathoracique, supplément. .	200,00		2
T	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.	939,20		8

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20125	si utilisation d'un implant de rapprochement actif des feuillets « clip mitral », par implant (maximum 2), supplément	198,10		2
AVIS : <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'implants dans la case UNITÉS.</i>				
	Remplacement valvulaire incluant la valvuloplastie par ballonnet, l'implantation d'une endoprothèse valvulaire et, le cas échéant, l'ensemble du cathétérisme cardiaque gauche et droit, le débit cardiaque, la documentation du gradient transvalvulaire et l'utilisation d'une électrode endocavitaire pour stimulation ventriculaire rapide			
20527	par voie artérielle ou veineuse	1 761,00		18
20576	par voie apicale	1 132,15		18
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme fait le même jour (PG-23)	821,80		12
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	500,00		10
00597	Ponction péricardique (PG-28)	293,55	293,55	5
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments) (PG-28)	352,20		5
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour . .	19,95		
	Ballon intra-aortique			
00422	installation	234,80		10
00424	surveillance, par jour, par patient (PG-23) . . .	88,10		
00446	exérèse percutanée (PG-23)	88,10		10
00457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	155,60		10
	Implantation d'un système d'assistance circulatoire percutanée			
20528	installation (PG-23)	587,00		10
20529	surveillance, par jour, par patient (PG-23) . . .	117,40		
20530	exérèse percutanée (PG-23)	117,40		10
00489	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance : une par séance (PG-28)	87,90	87,90	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Stimulateur cardiaque				
+	20191	Si procédure de vénoplastie par dilatation percutanée dans le contexte de voie d'accès compliquée, supplément	200,00	2
+		NOTE : L'acte codé 20191 est un supplément aux actes codés 00460, 20531, 20532, 20577, 20579, 20588.		
	20577	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent une électrode (PG-23)	495,95	7
S	20578	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
	20579	deux électrodes (PG-23)	621,05	7
S	20580	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
	20581	par voie thoracique, supplément (PG-23) ..	125,10	1
	20582	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23) ...	267,15	7
	20583	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00	
	20588	Exérèse, remplacement, repositionnement de cardiostimulateur ou défibrillateur sans électrode réimplantée, incluant la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance (PG-23)	404,80	7
	20589	une électrode réimplantée, supplément (PG-23)	178,55	8
	20590	électrodes supplémentaires réimplantées, par électrode, supplément	151,65	8
<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS.				
S		Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s) par voie endovasculaire		
D	20584	une électrode (PG-23)	146,90	6
D	20585	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	135,60	2
<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS.				
	20586	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	73,45	1
	20587	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23) ...	473,10	8

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20532	Exérèse d'une électrode endocavitaire avec système d'extraction utilisant une source d'énergie	993,80		8
20194	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	135,60		1
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS.</i>			
20195	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	73,45		1
S				
00460	Mise en place d'un défibrillateur, toute voie d'approche, incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance.	770,70		8
S				
20531	Thérapie de resynchronisation cardiaque incluant la mise en place d'une sonde permanente de stimulation ventriculaire gauche, la mise en place d'un cardiostimulateur (pace-maker) ou d'un défibrillateur et, le cas échéant, l'angiographie du sinus coronaire, la correction d'éventuelle arythmie et la cardioversion	945,05		9
S				
	NOTE : L'acte codé 20531 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00460 à la même séance.			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

Réanimation

Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardiorespiratoire, état de choc, coma) incluant la visite, le maintien des fonctions vitales, le massage cardiaque et la ventilation et, le cas échéant, l'utilisation d'un défibrillateur, la dissection veineuse ou artérielle, la ponction artérielle, l'utilisation d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale, l'intubation endotrachéale, l'aspiration trachéo-bronchique, la mesure et l'interprétation des gaz sanguins, par médecin, quel que soit l'endroit.

09403	premier quart d'heure	78,00
09404	deuxième quart d'heure	78,00
09405	chaque quart d'heure additionnel	39,00

AVIS : *Inscrire le nombre de quarts d'heure additionnels dans la case UNITÉS. Lorsque six unités et plus sont réclamées, fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur le formulaire Document complémentaire - considération spéciale (1944) et inscrire la lettre « A » dans la case C.S.*

AVIS : *Voir la règle 11 du préambule général.*

Électrophysiologie

20533	Test de stimulation pharmacologique pour dépistage de pathologie génétique cardiovasculaire.....	174,10	4
00176	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23).....	572,60	6

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

00248	ablation du noeud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément	238,60	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
T 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 trans-septal, supplément	496,40		5
	NOTE : Les actes codés 00248 et 00291 ne peuvent pas 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	200,00		2
	NOTE : Les actes codés 00248 et 20199 ne peuvent pas être facturés à la même séance.			
T 09422	avec mapping gauche, supplément	164,10		4
T 00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	164,10		4
T 09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément	397,30		4
	NOTE : Le service médical codé 09471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 00323 et 09422.			
	NOTE : Un seul supplément peut s'ajouter au tarif anesthésique de la stimulation programmée du coeur.			
T 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).	894,20		12
T 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	147,70		
	NOTE : la présence continue du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé.			
T 09345	Cartographie cardiaque per-opératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire	401,75		
S				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
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 d'acte prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.				
T 09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz .	176,15		
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire			
20127	patient de moins de 2 ans (PG-28)	100,00		4
20128	si poids du patient <= 4 kg, supplément .	50,00		1
T 09305	patient de 2 ans à 16 ans (PG-28)	57,75		4
T 09306	patient de plus de 16 ans (PG-28)	31,50		
T 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)	55,15		
+ 20200	si patient de moins de 5 ans, supplément .	150,00		2
+ 20201	si patient de 5 ans à moins de 18 ans, supplément	100,00		1
T 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.	265,55		6
T 09309	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément.	33,85		
T 09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (PG-28)	39,40		5
T 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)	96,60		
T 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. .	100,95		
20129	Mise en place d'un cathéter veineux fémoral pour patient de moins de 14 ans (PG-23) (PG-28)	95,00		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Diabétothérapie				
09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les visites et la surveillance	125,00		
09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de 4 patients diabétiques, pour une période de service continu de 60 minutes ou plus. . . .	84,00	103,00	
	NOTE : par centre hospitalier ou par cabinet pour l'ensemble des médecins.			
	1) Maximum de 2 séances d'enseignement par jour.			
	2) Maximum de 4 séances d'enseignement par semaine.			
<u>AVIS :</u> Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :				
	- ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;			
	- le nombre de patients dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires;			
	- la lettre « A » dans la case C.S.;			
	- l'heure de début et de fin de la séance dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
	Veuillez conserver les numéros d'assurance maladie des personnes assurées traitées aux fins de références ultérieures.			
	Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour de plus amples renseignements.			
	Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.			
09370	Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient, maximum un par patient par période de 12 mois	92,90	92,90	
09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une fois par patient par année)	30,95	39,05	
<u>AVIS :</u> Pour les codes d'acte 09313, 09316 et 09370, voir la Règle d'application n° 33.				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables			
00343	initiation ou vérification du traitement du diabète type I insulino-dépendant, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20	
20534	initiation ou vérification du traitement du diabète insulino-nécessitant autre que type I, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20	
00345	installation initiale et suivi annuel de la pompe et du cathéter, par patient, par année civile	250,00	250,00	
D	NOTE : Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.			
20130	Suivi pour analyse des données et ajustement thérapeutique, le cas échéant, pour patient sous pompe à insuline	50,00	50,00	
	NOTE : L'acte codé 20130 n'est payable qu'une fois par trimestre par patient, par médecin pour un maximum de trois fois par année civile, par médecin.			
	NOTE : L'acte codé 20130 ne peut être facturé avec l'acte codé 00345 à la même séance.			
09316	Perfusion continue d'insuline, par jour, maximum de 5 jours par malade, par hospitalisation	32,60		

AVIS : Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

Pour les codes d'acte **09313**, **09316** et **09370**, voir la Règle d'application n° 33.

Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)

	Dialyses péritonéales :			
00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision.	31,75	31,75	5
00493	installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant (PG-28)	210,00		5
00494	omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément	117,80		
00495	exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos (PG-28)	210,00		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Hémodialyse				
	00419	Installation de cathéters artériels et veineux (PG-28)	170,00	5
		Révision ou réinstallation de cathéters :		
	00426	cathéter artériel ou veineux (PG-28)	58,00	5
T	00427	cathéters artériel et veineux (PG-28)	88,20	6
T	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)	36,55	4
		Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter :		
T	00336	artérielle (périphérique) (PG-28)	33,10	4
	00337	veineuse (PG-28)	30,00	4
		NOTE : Ne peut s'appliquer pour l'hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale par voie transcutanée, tout site.		

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin spécialiste qui a effectué une formation complémentaire en électroencéphalographie d'une durée minimale de six mois et qui est désigné par les parties négociantes.

2. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du malade.

3. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée.

4. 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 (1*) . . . Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base : A l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :	60,10
00735	Étude avec électrodes pharyngées . . .	4,20
00752	Électroencéphalogramme de sommeil (1*) .	38,40

AVIS :

(1*) Voir sous l'onglet Règles d'application, le plafonnement d'activités PA 3.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Électroencéphalogramme dynamique avec enregistrement continu sur le scalp, visualisation et interprétation (enregistrement minimal de 3 heures)			
20535	première heure		65,00	
20536	chaque heure subséquente		30,00	
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de l'enregistrement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i> - <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'heures subséquentes dans la case UNITÉS.</i>			
00889	Corticographie un médecin	319,60		
00890	deux médecins neurochirurgien	150,00		
00891	neurologue ou électroencéphalogra- phiste agréé	150,00		
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	150,00		
00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective	319,60		
	NOTE : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.			
T 00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	111,90	145,45	
20593	Magnétoencéphalographie Interprétation d'un tracé de 64 canaux, d'au moins 1 heure d'enregistrement, comprenant le marquage des pointes et l'analyse finale du ou des foyers épileptiques	300,00		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement correspondant à votre lieu de pratique principal dans la section Établissement.</i>			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

ÉLECTROMYOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin qui détient un certificat de spécialiste en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire, en médecine interne, en neurochirurgie, en neurologie, en ORL ou en physiothérapie, décerné par le Collège des médecins du Québec ou reconnu par lui aux fins de l'exercice de cette discipline.

2. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après, jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et apparaît au tarif en regard de chacun des actes.

3. Le médecin doit être présent sur place pour effectuer ou guider la réalisation de ces examens.

4. L'électromyographie de base est une étude, par électrodes insérées dans plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal, tel qu'observé par un appareil à acquisition digitale.

5. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué.

Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.

On ne peut réclamer qu'une unité de conduction nerveuse motrice et qu'une unité de conduction nerveuse sensitive par nerf. On ne peut réclamer des unités de conduction supplémentaires pour les branches de division des nerfs des membres et de la face.

Les études de conduction sensitive segmentaire du nerf médian et du nerf tibial postérieur constituent une exception; chacun des deux segments peut être considéré comme une unité de conduction distincte.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	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 téτανisation 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.			
	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.			
	L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon.			
	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.			
00356	Électromyographie de base (détection visuelle), moins de 7 muscles.	34,00	44,00	
09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins 20 paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle.	74,60	96,90	
09412	Électromyographie extensive, 7 muscles et plus.	50,00	65,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00357	Étude de la conduction nerveuse chaque type, chaque nerf additionnel, supplément	8,00 8,00	10,00 10,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
	NOTE : L'addition des suppléments au tarif de base, lors d'une même séance, détermine la procédure principale pour l'application de la règle 8.1 du préambule général.			
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	20,00	25,40	
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.	12,00	15,25	
00386	Réponses cutanées sympathiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral	8,00	10,00	
00360	Étude détaillée de la transmission neuro- musculaire comportant une analyse avant et après téτανisation ou exercice	45,00	58,00	
00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo- anal	25,60		
00363	Réflexe H ou onde F - chacun	5,75	7,50	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
00366	Réflexes trigémino faciaux	24,00	31,00	
00355	E.M.G. quantitatif avec analyse détaillée d'au moins vingt potentiels différents	50,00	65,00	
00359	Étude électromyographique chez tout enfant de 14 ans ou moins, supplément	30,00		

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

Électrolyse

00352	Supervision d'un traitement d'électrolyse par quart d'heure	16,90	16,90
	maximum par séance	67,60	67,60

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant
le nombre de quarts d'heure dans la
case UNITÉS.

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation
accordée au préalable par la Régie
dans la case DIAGNOSTIC
PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

---- Électrolyse des cils : (voir appareil visuel)

Épilation au laser

20202	Supervision d'un traitement d'épilation au laser, à la face ou au cou, pour les cas d'hirsutisme secondaire à un trouble endocrinien docu- menté, ou d'hypertrichose secondaire à une tumeur cutanée sous-jacente, ou à une greffe cutanée ou d'organes solides face, par séance	75,00	150,00
	Maximum 10 séances par patient, à vie cou, par séance		
20203	cou, par séance	37,50	75,00
	Maximum 10 séances par patient, à vie		
20204	Supervision d'un traitement d'épilation au laser pour les cas d'hypertrichose, secondaire à un sinus pilonidal, par séance	25,00	50,00
	Maximum 10 séances par patient, à vie		

NOTE : Une autorisation préalable de la Régie
est nécessaire pour facturer les actes
codés 20202, 20203 et 20204.

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation
accordée au préalable par la Régie
dans la case DIAGNOSTIC
PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES.

Épistaxis

20539	tamponnement nasal antérieur et postérieur	49,80	49,80	5
20540	tube gonflable	74,95	74,95	5
20541	par mèche et tampon rhinopharyngés ...	106,70		6

Épreuves de fonction respiratoire

(Voir tarif de la médecine de laboratoire)

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)			
00805	épreuve à l'amytal carotidien unilatérale . . .	61,00		
00806	épreuve à l'angiotensine	10,00	12,00	
00842	épreuve à la bromocryptine	10,25		
00807	épreuve cétogène, épreuve au glucagon et hypoglycémie cétogène comprise	20,00		
00808	épreuve à l'héparine (PHLA)	21,00		
00660	épreuve à l'histamine	9,75	11,50	
00368	épreuve d'exercice ischémique	1,15	1,15	
00369	épreuve au bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoidoscopie et la vaginoscopie	35,30	35,30	
	épreuve de Kveim (sarcoïdose) sans biopsie	1,80	2,20	
00687	avec biopsie	11,90	14,50	
00810	épreuve de Pak	11,00	13,00	
00415	épreuve de traction cervicale graduée, sous surveillance médicale, incluant les visites au cours de l'épreuve	117,00		
09324	test au captopril pour la recherche de l'hypertension reovasculaire, comprenant les visites, la surveillance médicale et l'interprétation	35,20		
09325	épreuve à la clonidine	36,00		
00666	étude du taux de sécrétion d'aldostérone . .	10,25	10,25	
00667	étude du taux de sécrétion de COF	12,30	12,30	
00396	épreuve à la sécrétine (intestins)	23,20	23,20	
00395	épreuve à la fluorescéine (intestins)	22,10	22,10	
09326	étude dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	185,00		4
00397	épreuve à l'insuline (Hollander)	17,00	17,00	
00398	épreuve de stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	17,60	20,70	
00393	épreuve de provocation biliaire à la cholécystokinine	5,00	5,00	
00394	épreuve au Tensilon (incluant l'injection) . . .	31,50	31,50	
+ 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 pré- vue(s) au protocole)	10,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20131	épreuve de tolérance au lactose par voie orale.....	10,00		
	NOTE : Les actes codés 00761 et 20131 incluent l'élaboration et la mise à jour du protocole du centre de prélèvements, le support médical et l'interprétation/validation.			
00399	technique d'électro-éjaculation pour patient avec lésions neurologiques incluant tous les services rendus à la même séance	302,60		
00348	test respiratoire à hydrogène	16,85		
09417	test à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines.....	15,50		
00711	test de stimulation endorphinique incluant les visites et la surveillance.....	108,00		
20086	oxymétrie transcutanée uni ou multi sites et son interprétation, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par Doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle Doppler avec provocation.....	42,75		
00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée.....	35,70		
	NOTE : Voir <i>Lettre d'entente n° 7</i> .			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées			
00121	mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les visites des premières 48 heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse .	250,00	250,00	4
20132	initiation et vérification d'un traitement par une substance hormonale ou peptidique autre que l'insuline administrée par voie parentérale, sauf la voie transdermique ... NOTE : L'acte codé 20132 n'est payable qu'une fois par patient, par médecin, par année civile.	40,00	40,00	
	Examens vestibulaires			
20133	Examen vestibulaire clinique complet (uni ou bilatéral) incluant le Dix-Hallpike.	20,00	20,00	
20134	manoeuvre thérapeutique de repositionnement vestibulaire (toutes techniques), supplément.	25,00	25,00	
	Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport			
00738	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard	11,95	21,55	
00739	épreuves positionnelles	12,15	22,35	
00740	épreuves de la poursuite	11,40	21,00	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques).	12,15	22,35	
00741	épreuves cervicales	12,15	22,35	
00743	épreuves optocinétiques.	12,15	22,35	
00742	épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie) avec utilisation d'une chaise rotatoire	12,15	22,35	
	Extraction			
T 00407	Extraction de bague, acte compliqué	40,00	40,00	4
S				
00410	Extraction de fécalome volumineux (PG-28) .	70,00	84,00	4
00791	Extraction d'un corps étranger des amygdales	33,20	33,20	4
20542	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx	55,35	55,35	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Gastro-entérologie				
Malgré la règle 8 du préambule général, si une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance, celle qui comporte l'honoraire le moins élevé est payable à 90 %.				
AVIS : Utiliser le modificateur 068.				
Endoscopie gastro-entérologique :				
Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois :				
00691	Diagnostic (PG-23) (PG-28)	75,65	75,65	4
20135	Diagnostic 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	95,00		5
20087	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	7,05	7,05	
20136	réssection de la muqueuse par anse diathermique et succion à l'aide d'un capuchon transparent ou ligature élastique, supplément	125,00		2
20137	ablation de la muqueuse de Barrett à l'aide d'une sonde spécialisée et d'un générateur de radiofréquence, supplément	225,00		2
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 varicelle endoscopique ou coagulation ou « clip » de lésion hémorragique ou de lésion vasculaire, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	70,60	70,60	1
00562	dilatation d'une ou plusieurs sténoses, par ballonnet ou bougirage, effectuée sous fluoroscopie, supplément (PG-28)	94,50	94,50	2
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément (PG-23) . . .	16,85	16,85	1
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villosité, une ou plusieurs, supplément	111,85	111,85	2
00390	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, temps endoscopique, supplément (PG-28)	80,70		1
00391	temps chirurgical effectué par un autre médecin spécialiste	55,85		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	16,85		
00548	mise en place d'une prothèse endoesophagienne, supplément	58,15		2
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant .	68,55		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20138	Étude de déglutition sous vidéoendoscopie à laquelle participe un orthophoniste, un ergothérapeute ou un diététiste.	125,00		
20040	Oesophagoscopie rigide incluant la biopsie, le cas échéant (PG-23)	146,15		5
00877	exérèse de corps étranger par oesophagoscopie rigide, supplément (PG-23)	106,25		
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 00874.			
09374	Cholédochoscopie trans fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	127,60		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastrosopie	171,45	171,45	6
20088	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	17,30	17,30	
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément.	82,55		
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion transendoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique (PG-28 pour chirurgien général seulement) . .	262,25		5
20089	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	28,10		
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses ou lithotripsie d'un ou plusieurs calculs biliaires à l'aide d'un appareil à lithotripsie mécanique endoscopique, supplément.	90,75		1
+	NOTE : L'acte codé 00364 est facturable avec les actes codés 09374, 00692 et 09337.			
20090	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	9,30		
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	168,90	168,90	4
20091	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	21,45	21,45	
20030	si biopsie(s) de l'iléon par iléoscopie, supplément	26,65	26,65	
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	99,00	99,00	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28) . .	64,05	64,05	4
20039	Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles.	168,90	168,90	4
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	40,85	40,85	4
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	39,25	39,25	5
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	55,85	55,85	
+	chaque polype additionnel	14,30	14,30	
+	Maximum dix (10) polypes excisés			
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de polypes excisés dans la case UNITÉS.			
20092	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	6,95	6,95	
S				
20042	Coloscopie avec recherche de dysplasie dans les cas de maladies inflammatoires intestinales (MII), toutes techniques, incluant les biopsies	264,00	264,00	4
	NOTE : Ce service médical inclut l'exploration de tout le cadre colique chez un patient porteur d'une maladie inflammatoire intestinale (MII) de plus de 10 ans d'évolution et elle doit s'accompagner d'au moins 8 biopsies pour chacun des segments examinés (droit, transverse, descendant, rectosigmoïde).			
	Toutefois, dans les cas où la chromoendoscopie est utilisée pour l'étude complète du colon, le nombre de biopsies peut être moindre.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	16,85	16,85	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	55,85	55,85	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou vilieuse au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	111,85	111,85	2
20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	40,85	40,85	4
	Rectosigmoidoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation (PG-28)	16,10	16,10	4
00636	avec biopsie unique ou multiple (PG-28) . .	24,45	24,45	4
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie (PG-28)	57,30	57,30	4
	chaque polype additionnel	9,70	9,70	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	125,20	125,20	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de polypes dans la case UNITÉS.				
20036	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney, Barron et Al, avec ou sans anuscopie, par séance	77,70	77,70	5
20037	si rectosigmoidoscopie, supplément	15,80	15,80	
	Oesophage			
20093	lecture et interprétation d'un tracé de manométrie oesophagienne	27,50		
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures .	75,65	75,65	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	40,35		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	117,15		
00571	pH oesophagien pour reflux	22,40	22,40	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	20,30	20,30	
00563	cardiomyorrhexie	95,05	95,05	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (PG-28)	23,30	23,30	4
00574	supervision par jour	10,80	10,80	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	87,35		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée, par voie jugulaire ou par voie sous-clavière	100,00		
	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	73,90		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective ..	101,70		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	110,25		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	78,75		
20094	Lecture et interprétation d'un tracé de manométrie anorectale	27,30		
20038	Biofeedback du système anorectal, supervision de la technique et interprétation	65,55		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I. C. G. (indocyanine green)	70,40		
00876	Shunt porto-cave intrahépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronc porte par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt	450,00		
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat)	75,65		
20139	Élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (Fibroscan) Maximum 1 fois par patient, par année civile ..	30,00		
	Exploration de l'intestin grêle à partir du ligament de Treitz jusqu'à la valvule iléo-caecale, à l'aide de la vidéo capsule endoscopique (Givens)			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20043	lecture et interprétation	159,75	159,75	
	NOTE : L'acte codé 20043 ne peut pas être facturé plus d'une fois par année, par patient.			
	Entéroscopie par simple ou double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale			
20044	entre 50 cm et 100 cm	195,15		6
20045	plus de 100 cm	278,85		6
20046	biopsie unique ou multiple, supplément. . . .	16,70		
20047	exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément	44,55		
	chaque polype additionnel	11,15		
	maximum dix (10) polypes excisés			
	AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de polypes dans la case UNITÉS.			
20048	avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément	39,10		
	Hémofiltration			
	Hémofiltration veino-veineuse continue			
20140	3 premiers jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	300,00		
09382	3 premiers jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	210,00		
20141	après 3 jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	150,00		
09383	après 3 jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	110,20		
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1 ^{er} jour	173,60		
09427	2 ^e jour	86,85		
09428	3 ^e jour	82,65		
09429	par jour subséquent	43,45		
	AVIS : Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.			
00844	Hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause) . .	179,50		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,90		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	162,80	183,80	6
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman.	58,00	58,00	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman.	55,00	55,00	4
	Injections			
00430	injection de médicament dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	14,10	16,90	
20095	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	3,50	4,20	
20142	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement) . . .	20,00	27,60	
20143	injection(s) intralésionnelle(s) unique ou multiples de corticostéroïdes ou d'agents de chimiothérapie ou injections intramusculaires de corticostéroïdes ou de pénicilline pour maladies dermatologiques ou administration de vaccins	5,00	5,00	
20049	injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28) . . .	27,70		
20050	si guidée par échographie ou EMG, supplément (PG-28)	38,75		
	NOTE : Maximum 1 séance par 4 mois, par patient. Ce maximum est applicable pour les actes codés 20049 et 20050.			
20206	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales et de points gâchettes excluant la céphalée	25,00	25,00	
20144	injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhidrose palmo-plantaire, par paume ou par plante Maximum 4 séances par patient, par année civile	50,00	50,00	
20145	injections multiples bilatérales de toxine botulinique pour les personnes souffrant de migraines chroniques (plus de 15 jours, par mois) après échec à au moins 2 agents antimigraineux préventifs, minimum 18 injections, par séance	75,00	75,00	
20146	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie excluant la migraine, le spasme hémifacial et le blépharospasme	120,00	120,00	4
20147	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la spasticité d'origine neurologique excluant la migraine, le spasme hémifacial et le blépharospasme.	120,00	120,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20148	injections intramusculaires multiples de toxine botulinique pour myospasme des muscles masticatoires sous guidance électromyographique	150,00	150,00	4
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial (PG-28)	75,00	75,00	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée (PG-28)	126,00	126,00	5
00431	injection de médicament dans une bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum 3).	11,55	13,75	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'injections dans la case UNITÉS.				
20096	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement).	2,75	3,30	
20149	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement). . .	20,00	27,60	
00429	injection de médicament dans les cornets du nez	18,50	19,40	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatéral	30,25		4
00432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique.	30,00	30,00	
	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
00816	cavernographie	9,75	11,50	
00466	hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire.	36,00		
NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé				
00443	hystérosalpingographie	26,00	29,00	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	27,10		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	22,80		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie) . .	114,45	114,45	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	36,75	42,75	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	104,75	104,75	8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	54,60	54,60	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclérosante pour hémorroïdes	9,10	10,95	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00201	Injection de l'articulation temporo-mandibulaire médication intra-articulaire incluant la substance	25,55	25,55	
00228	médication sclérosante incluant la substance	50,00	50,00	
00734	Supervision de l'administration de chimiothérapie	21,10	21,10	
00470	Injection intra-abdominale (chimiothérapie) la première injection	33,10	33,10	
00472	chacune des injections subséquentes à la même séance	15,75	15,75	
00475	Injection intrapleurale (chimiothérapie) la première injection	50,00	50,00	
00476	chacune des injections subséquentes à la même séance	25,00	25,00	
00480	Injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée) : (MOD=052)	15,00	15,00	4
00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	40,55		
00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percutané transabdominal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse (ne peut être facturé pour une ponction abdominale aux fins diagnostiques)	157,50		5
20176	Initiation ou vérification du traitement par médi- cation injectable (agents biologiques, antidia- bétiques autres que l'insuline, agents rémitifs dans les cas de maladies inflammatoires intesti- nales et articulaires, agents de protection osseuse et autres immunomodulateurs), excluant l'insulinothérapie, la chimiothérapie, l'anticoagulothérapie (héparine à faible poids moléculaire) ainsi que l'antibiothérapie, pour patient vu en cabinet privé ou à la clinique externe seulement	40,00	40,00	
	Maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile (pour spécialiste en médecine interne seulement)			
	Insufflation gazeuse			
00497	pneumomédiastin	16,30	16,30	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	9,75	9,75	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	25,20	25,20	
00505	pneumothorax thérapeutique amorcé	16,80	16,80	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation . . . traitement de pneumothorax	11,60	11,60	
00615	ponction évacuatrice (PG-28)	27,60	27,60	
00616	aiguille et drainage continu (PG-28)	48,50	48,50	

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx			
avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale			
00519	directe (PG-23) (PG-28)	71,50	4
00511	à suspension (PG-23)	103,70	5
00512	au microscope (PG-23)	139,05	5
00471	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée avec enregistrement numérique, incluant la Manoeuvre de Muller ..	87,30	92,80
Bronchoscopie rigide incluant la laryngosco- pie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant			
00515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23) (PG-28)	184,70	7
20207	si patient de moins de 16 ans, supplément.		5
00516	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	165,40	1
20594	avec canulation de fistule trachéo- oesophagienne, supplément (PG-23)	160,85	1
20150	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, sup- plément.	50,00	1
00878	avec cryothérapie ou électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément .	153,20	5
20151	avec thermoplastie bronchique, supplément	100,00	1
00879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément.	168,25	4
00880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément.	160,85	1
00881	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément.	153,20	1
20016	dilatation de sténose bronchique ou tra- chéale par insufflation successive de ballon- net à pression croissante, supplément	153,20	3
00882	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément. .	100,00	1

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00547	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément	34,90		
	<u>AVIS :</u> - Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. - Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.			
00799	Trachéoscopie rigide (PG-23) (PG-28). NOTE : Le service médical codé 00799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.	119,35		4
20051	Changement de canule trachéale sauf pour patient porteur d'une laryngectomie totale	33,20	33,20	
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23) (PG-28)	145,95		5
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire).	10,25	12,00	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	19,85	19,85	
00523	Manipulations vertébrales	16,05	18,75	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques à l'exception de la cheville, sans anesthésie.	12,60	14,60	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG-28)	121,30	121,30	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	45,90	55,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
NEUROCHIRURGIE				
00600	Drainage lombaire continu (incluant la ponction lombaire) A8-1	147,00		5
00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire).	286,00		7
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps.	341,05		12
00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	225,10		7
	Ponction sous-durale			
00664	unilatérale	45,05		
00665	bilatérale	63,80		
00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques).	27,15	27,15	6
00668	Trépanation simple	103,00		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	30,00	30,00	
	NOTE : L'acte codé 20152 peut être facturé une fois par jour, par patient pour un maximum de 3 fois par patient, par année civile.			
20537	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans la maladie de Parkinson, la dystonie ou tremblement essentiel après implantation d'une électrode cérébrale profonde.	308,65		
20208	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément.	154,35		
20538	Ajustement subséquent du stimulateur intracérébral avec évaluation de la réponse clinique	150,00		
20209	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément.	75,00		
	NOTE : Les actes codés 20537 et 20538 ne peuvent pas être facturés le même jour, pour le même patient			
20153	Vérification des variables du stimulateur Maximum 2 fois par patient, par année civile.	25,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE**AVIS :** Voir la Règle d'application n° 4.

09300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance	100,00	100,00	
+ 20215	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1 000 cc et plus, incluant la visite à la même séance	200,00	200,00	
00109	Amnioscopie	24,80	24,80	
Biopsie (unique ou multiple)				
Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.				
00171	clitoris	36,00	36,00	4
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,50	9,00	4
00177	endomètre	32,25	34,90	4
00186	glande de Bartholin	14,60	17,30	4
00188	grande lèvre	15,80	18,80	4
00245	vagin ou vulve	22,50	27,00	4

Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique

NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

09467	ovaire	157,50		4
00354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	150,00		4
00817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	150,00		5
09329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	66,15	66,15	4
20154	Exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	25,00	25,00	4
20017	Installation d'un dilateur ou d'un pessaire ..	50,00	50,00	4
NOTE : Maximum 6 par année, par patient				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	200,00		4
20052	Foetoscopie pour cautérisation au laser des anastomoses vasculaires dans les syndromes transfuseurs transfusés incluant la visite, l'échoguidance et l'amnioréduction	900,00		8
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique.	253,15		
	Soins médicaux prodigués par un obstétricien-gynécologue dans un centre hospitalier de soins tertiaires, dans une unité mère-enfant, à la suite d'une chirurgie ex utéro intrapartum, par jour, par patiente : Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents			
20053	1 ^{er} jour (journée de la chirurgie ex utéro intrapartum)	300,00		
20054	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	225,00		
20055	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	100,00		
20056	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	75,00		

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

OPHTALMOLOGIE

NOTE : Selon la règle 8.3 du préambule général, les procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples effectués au cours d'une même séance sont rémunérés à 75 %, sauf l'acte codé 20059 toujours payable à plein tarif.

AVIS : Utiliser le modificateur **069**.

Oeil

(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)

Biopsie (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

+	00174	conjonctive, par œil	61,80	61,80	4
D	00206	orbite, par œil	77,00	77,00	4
+	00214	paupière ou sourcil, par œil	20,50	24,80	4

Champ visuel

périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)

T	00513	- Tangent et Goldman interprétation seulement	12,35	12,35	
T	00514	technique et interprétation	12,35	22,45	

périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques

- Tangent et Goldman
- Octopus 03, 07, 24, 36, 44, 62, 64
- Humphrey « screening tests » ou « fast threshold »
- Topcon : « screening tests », « supra test », 2-level, 3-level

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	un oeil			
T 00612	interprétation seulement	14,85	14,85	
T 00613	technique et interprétation	14,85	24,95	
	deux yeux			
T 00623	interprétation seulement	24,70	24,70	
T 00624	technique et interprétation	24,70	39,30	
	statique, stratégie du seuil complet de tous les points (minimum 50 points)			
	- Octopus G-1, 38, 42, M1			
	- Humphrey « full threshold » 10-1, 10-2, 24-1, 24-2, 30-1, 30-2, Topcon : « threshold test »			
	un oeil			
T 00649	interprétation seulement	14,85	14,85	
T 00650	technique et interprétation	14,85	28,35	
	deux yeux			
T 00727	interprétation seulement	24,70	24,70	
T 00728	technique et interprétation	24,70	44,90	
	NOTE : Lors d'une même séance, un seul type de champ visuel (périphérique, central ou statique) peut être facturé à chaque oeil.			
	NOTE : Le médecin ne peut pas facturer pour l'interprétation d'un champ visuel déjà interprété par un autre médecin ou par un optométriste.			
T 00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	56,40	56,40	
T 00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	35,00	38,75	
T 00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injec- tion intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie .	35,95	35,95	
T 00520	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de Vert d'Indocyanine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	56,15	56,15	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
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.			
00543	Gonioscopie	9,90	12,40	
	NOTE : Cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576.			
00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.)	9,90	12,40	
	NOTE : Cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.			
00546	Ophthalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier)	16,95	20,30	
00579	Bilan orthoptique : enregistrement des mesures des déviations du regard, dans un minimum de trois positions (chez les patients de 6 ans et plus), exclusivement dans les cas d'hétérotopie, d'amblyopie et du suivi postopératoire de strabisme	40,00	48,00	
+				
D	NOTE : La recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et PPC et la mesure des déviations dans moins de trois positions est incluse dans le tarif de la visite de même que la mesure des hétérophories.			
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA 17 Ophtalmologie sous l'onglet Règles d'application.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Biométrie optique			
T 20057	1 oeil	14,85	28,35	
T 20058	2 yeux	24,70	44,90	
00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	22,25	27,20	
00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale.	20,20	24,70	
	Imagerie ophtalmique			
D 00553	Rétinophotographie : photographie faite pour documenter une condition du pôle postérieur en vue d'en assurer le suivi dans le temps . .	13,55	16,95	
+	NOTE : L'acte codé 00553 ne s'applique pas pour les photos de dépistage ou de télédépistage.			
+ 20216	Interprétation des photos du fond d'œil pour le dépistage de la rétinopathie chez un patient diabétique dans le cadre du Protocole d'accord relatif au programme de dépistage de la rétinopathie diabétique Maximum 1 par patient par 12 mois	10,00	10,00	
+	NOTE : L'acte codé 20216 est réservé à des médecins et à un programme de dépistage reconnu par les parties négociantes.			
	Tomographie par cohérence optique (OCT), uni ou bilatérale			
20099	Maladies rétinienne excluant les cas de DMLA régis par la Lettre d'entente n° 183 Maximum de 6 examens, par année civile .	15,00		
20100	Nerf optique Maximum de 2 examens, par année civile .	15,00		
20101	Segment antérieur Maximum de 2 examens, par année civile .	15,00		
	NOTE : Un seul de ces actes peut être facturé lors d'une même visite.			
	NOTE : L'acte codé 20099 et les actes codés 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059 et 07060 sont mutuelle- ment exclusifs.			
20102	Tomographie rétinienne Heidelberg (HRT), uni ou bilatérale	15,00		
	Maximum de 2 examens, par année civile			
20103	Ophtalmoscopie confocale par balayage laser (GDx), uni ou bilatérale	15,00		
	Maximum de 2 examens, par année civile			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00643	Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant.....	169,25	451,30	
	NOTE : L'acte codé 00643 est payable uniquement aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière ou qui, au 1 ^{er} octobre 2004, avaient développé une compétence spécifique à cet égard.			
00577	Microscopie spéculaire étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents.....	9,90	12,40	
20059	Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture	101,15	101,15	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 8.3 du préambule général.			
00819	Courbe de tension oculaire, incluant visites et tonométries répétées (minimum quatre)...	112,40	112,40	
00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (45 à 60 minutes)	7,85	12,35	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	62,05	62,05	
09336	Tests aux collyres : instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydrox-yamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	33,70	33,70	
00860	Examen oculaire (funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées) sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour. .	248,20		6
20155	Examen oculaire sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour, fait par un ophtalmologiste collaborateur à la demande du chirurgien traitant	165,00		6
	NOTE : Les actes codés 00860 et 20155 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.			
00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale.....	42,15	47,15	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical au même oeil.			
00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale	33,85	33,85	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical, au même site.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2	
+	20217	Injection sous conjonctivale unilatérale d'agent antifibrinolytique.	51,00	51,00	5
+		NOTE : Cet acte ne peut être associé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil.			
+		NOTE : Cet acte ne peut être associé avec le code d'acte 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	61,80	74,15	4
		Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
	00436	dacryocystographie, unilatérale.	28,10	28,10	4
		Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu)			
	00607	ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale	39,35	39,35	
		Oxygénation extracorporelle Ces tarifs incluent tous les services médicaux effectués par le médecin spécialiste qui prend charge du patient.			
	00803	1 ^{er} temps Évaluation et préparation pour l'ECMO (intervenant médical)	439,30		
	00897	2 ^e temps Installation et mise en fonction du support extracorporel (intervenant médical)	502,00		
	00898	3 ^e temps Maintien du support extracorporel, par quart d'heure (intervenant médical)	32,95		
		<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS. Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
	00899	4 ^e temps Décanulation/cessation du support extracorporel (intervenant médical)	439,30		
		Hypothermie Emploi d'hypothermie modérée thérapeutique (< 35°C) post arrêt cardiorespiratoire ..	300,00		
	20177	NOTE : L'acte codé 20177 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour, par centre hospitalier.			

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Pléthysmographie			
Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance :			
étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs			
09385	interprétation	10,50	
09386	technique et interprétation	33,10	
Oculopléthysmographie (2 yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :			
09387	interprétation	10,50	
09388	technique et interprétation	33,10	
Photopléthysmographie :			
Étude des flots avec enregistrement graphique :			
flots supra-orbitaires :			
09389	interprétation	10,00	
09390	technique et interprétation	21,75	
flots digitaux, un ou plusieurs doigts :			
09391	interprétation	10,50	
09392	technique et interprétation	21,75	
mesure du reflux veineux bilatéral :			
09393	interprétation	11,05	
09394	technique et interprétation	28,65	
Pneumopléthysmographie segmentaire :			
Enregistrement du volume du poulx à au moins 4 niveaux des 2 membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du poulx à au moins 6 niveaux des 2 membres inférieurs et interprétation du tracé au repos :			
09395	interprétation	10,50	
09396	technique et interprétation	33,10	
à l'effort :			
+ 20218	interprétation	10,50	
09397	technique et interprétation	33,10	
Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts :			
mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre			
09398	interprétation	10,50	
09399	technique et interprétation	54,60	
Capillaroscopie péri-unguéale, par séance :			
00353	technique et interprétation	43,05	
Pneumopléthysmographie pénienne			
Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques			
00137	interprétation	10,00	
00138	technique et interprétation	53,85	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Phoniatry				
	Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie			
09341	Sonographie	16,75	28,00	
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	85,40	90,20	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre procédé diagnostique et thérapeutique lors de la même séance à l'exception de l'acte codé 09343.			
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	32,95	40,80	
	<u>AVIS :</u> - Incrire dans la case UNITÉS le nombre de demi-heure. - Incrire l'heure de début et de fin de la session dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. - Pour la facturation de la rééducation de groupe, voir aussi la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.			
00467	Test d'insufflation pour laryngectomisé (test de Taub)	31,90	35,15	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Photodynamie				
	20060	Supervision d'une thérapie photodynamique pour le traitement des kératoses actiniques multiples (10 lésions et plus) sur un même site, des carcinomes spinocellulaires et basocellulaires	62,90	89,80
#	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 22.			
Photothérapie				
	00820	Supervision d'un traitement de photothérapie	4,70	18,30
	20061	Supervision d'un traitement de photochimiothérapie	11,60	25,20
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 22.			
Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)				
T	00582	abdominale aux fins diagnostiques ou thérapeutiques (PG-28)	11,00	11,00
		Administration de chimiothérapie incluant évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique :		4
T	00583	première injection	31,50	31,50
	00603	chaque injection subséquente à la même séance	25,50	25,50
T	00585	artérielle pour prélèvement sanguin ou pour mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (PG-23) (PG-28)	38,85	38,85
	20156	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23)	50,00	
		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 (PG-28)	14,10	14,10
				4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00235	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (PG-28)	54,00	72,70	4
20097	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	13,50	18,20	
D 09402	recherche de cristaux (pour rhumatologue seulement)	50,00	69,00	
T 00592	ganglion, un ou plusieurs (PG-28)	16,30	18,40	
T 00594	kyste mammaire	17,15	20,40	
T 00596	lombaire			
	avec ou sans épreuve manométrique, (PG-23) (PG-28)	105,00	105,00	4
20595	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23) (PG-28)	50,00		
	avec ou sans épreuve manométrique, avec injection intrathécale de médicaments			
T 00593	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28) . .	53,55	53,55	4
T 00595	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28) .	180,60	180,60	4
T 00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	148,15		
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise (PG-28)	35,00		
T 00598	périnéale et insufflation gazeuse	25,75	25,75	4
09418	pleurale (PG-28)	65,00	65,00	4
T 20596	réservoir (dérivation ou Omay) pour retrait de liquide céphalo-rachidien	55,65		8
T 00604	saignée	9,95	11,95	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en gastro-entérologie			
T 00605	splénique (aspiration et manométrie)	59,25	59,25	4
T 00751	veine fémorale ou jugulaire A8-1, (PG-23) (PG-28)	15,75	15,75	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en néphrologie			
00611	vessie (PG-23) (PG-28)	50,00	50,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Potentiels évoqués				
Les potentiels évoqués auditifs ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en oto-rhino-laryngologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.				
Les potentiels évoqués cortical ou dorsal ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en neurologie ou en neurochirurgie.				
Les potentiels évoqués visuels ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en ophtalmologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.				
Audiométrie par potentiel évoqué auditif (patient de 6 ans ou moins)				
00158	interprétation	11,60	11,60	
09423	interprétation et technique de procédé (PG-28)	46,90	54,30	
Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation nerveuse périphérique (PG-23)				
00208	pour 2 membres	30,00	40,00	
00209	pour 4 membres	55,00	75,00	
Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical à partir de stimulation nerveuse périphérique :				
00210	des nerfs trijumeaux (PG-23)	32,00	42,60	
00216	des nerfs honteux (PG-23)	30,00	40,00	
00509	Potentiels évoqués visuels (PG-28)	28,00	33,00	
T 00145	Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (bilatéral)(PG-23) (PG-28)	45,15	61,25	6
NOTE : Les services médicaux codés 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.				

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

PSYCHIATRIE

20157	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans les cas de dépression majeure réfractaire, de trouble obsessionnel compulsif réfractaire et du syndrome de Tourette réfractaire après implantation d'une électrode cérébrale profonde	300,00	
+ 20210	Programmation initiale du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	350,00	
+ 20211	Programmation subséquente du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	125,00	125,00

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. (MOD=066)

**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**

D	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).	377,30	10
T 09495	par athérectomie (PG-28).	320,60	10
09496	par ballonnet et athérectomie (PG-28). . . .	442,50	10
09432	Installation d'une endoprothèse artérielle suite à ou au cours d'une intervention d'angioplastie transluminale percutanée, supplément.	110,70	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09433	Utilisation du laser intravasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale percutanée, supplément.	110,30		
	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 manœuvres 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 ou veineuse (toutes techniques)				
	Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)			
09436	premier vaisseau nourricier cathétérisé . . .	392,00		15
09437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément.	196,00		
09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	143,90		
Crânienne et spinale				
09439	premier vaisseau nourricier cathétérisé . . .	453,50		15
09440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément.	226,80		
09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément.	287,60		
	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.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques.				
On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.				
Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs				
Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du 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		45,40	
T 09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quel que soit le nombre de vaisseaux rejoins par la même voie d'entrée au cours de la même séance)		95,25	
09444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant l'angiographie de positionnement et la mise en place d'une perfusion médicamenteuse		287,60	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 d'acte 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 d'acte de cathétérisme veineux est facturé.

00764	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	154,90
	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	99,80
00790	patient de 16 ans ou plus	77,50

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
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) . . .	99,50		
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 . . .	221,20		6
00770	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	26,30		
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 . . .	138,30		
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.	127,30		
+ 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	83,00		4
00482	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	63,10		4
Embolectomie				
09446	Embolectomie ou thrombolyse endovasculaire, par cathéter transcutané.	323,40		8
Extraction de corps étrangers				
09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intravasculaire (artériel ou veineux) .	287,60		8

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
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	193,60		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.	165,90		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.	44,20		4
T	NOTE : ce service n'est pas payable le jour de la mise en place du cathéter			
+ Dénervation rénale				
+ 20212	Thérapie comprenant l'accès artériel, l'aorto- graphie avec ou sans angiographie(s) rénale(s) de guidance, l'insertion des cathé- ters thérapeutiques, l'application bilatérale de la thérapie et l'angiographie de contrôle post- procédure	400,00		8

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2	
INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES					
+	20184	Évaluation d'un patient en vue d'une procé- dure interventionnelle avec rapport au dossier	68,60		
+		NOTE : L'acte codé 20184 ne peut être fac- turé pour des interventions mam- maires 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 pas être fac- turée le même jour que l'intervention pour le même patient.			
+		NOTE : L'acte codé 20184 ne peut pas être facturé avec les actes codés 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.			
Cryochirurgie pour lésions intracrâniennes, intrathoraciques, intra-abdominales ou rétropéritonéales (excluant les lésions musculo-squelettiques) avec appareil dédié					
	09497	temps radiologique	442,50	8	
	09498	temps chirurgical	562,40	8	
	09499	temps radiologique et chirurgical	600,00	8	
Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche					
	09408	temps radiologique	442,50	8	
T	09431	temps chirurgical	536,85	8	
	09359	temps radiologique et chirurgical	630,00	8	
	20062	Chimioablation de tumeurs	157,50	8	
		NOTE : L'acte codé 20062 ne peut pas être facturé avec les actes codés 09359, 09408 ou 09431 à la même séance.			
Interventions hépato-biliaires					
	00435	Cholangiographie transhépatique/transvési- culaire percutanée (PG-28)	105,00	105,00	4
		NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé par le chirurgien au cours d'une cholécystectomie.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Drainage percutané de voies biliaires				
09449	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	259,70		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	392,00		4
09451	dilatation percutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la documentation radiographique de contrôle, supplément	110,70		
09452	mise en place d'un support endobiliaire (endoprothèse biliaire)	177,00		
09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	88,50		
09454	Remplacement de cathéter	52,50		4
09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	127,30		5
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction ainsi que la surveillance	230,00		4
Interventions digestives				
09456	Gastrostomie percutanée	157,50		6
09457	Entérostomie (caecostomie) ou gastro-jéjunostomie percutanée	183,80		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	317,70		6
T 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	317,70		6

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

Interventions mammaires

NOTE : Maximum de 3 ponctions ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par sein, par patient, par jour.

NOTE : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie, le tarif de l'IRM mammaire et le tarif de la mammographie s'ajoutent.

Ponction de kyste mammaire avec aspiration incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction

NOTE : Les actes codés 00848, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser le modificateur **145**.

+	00847	un site	17,70	27,60	4
+	20219	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	15,95	24,85	
+		site contra-latéral			
+	20220	un site	14,35	22,35	
+	20221	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	12,90	20,10	

Ponction et/ou biopsie mammaire d'une masse palpable ou non palpable à l'aiguille fine (cyto-ponction) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

NOTE : Les actes codés 00847, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser le modificateur **145**.

+	00848	un site	44,20	77,50	4
S					
+	20222	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	39,80	69,75	
+		site contra-latéral			
+	20065	un site	35,80	62,80	
+	20223	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels) (1*)	32,20	56,50	

AVIS : **(1*)** Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de sites additionnels dans la case UNITÉS.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+	Biopsie au trocart ("core biopsy") d'une masse palpable ou non palpable de la région mammaire (sein ou aisselle) avec prélèvement de carottes incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant . . .			
	NOTE : Les actes codés 00847, 00848 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.			
<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 145.				
S	00849 un site	121,70	165,90	4
	00850 par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	104,00	141,80	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de sites additionnels dans la case UNITÉS.				
20066	site contra-latéral			
	un site	93,50	127,60	
20067	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	84,00	115,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de sites additionnels dans la case UNITÉS.				
00851	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	27,60	55,30	
Mise en place d'une broche-guide (harpon) avec appareil dédié (plaque de compression ou stéréotaxie) incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement				
NOTE : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent.				
00852	première broche, par sein	115,30	216,60	4
00853	broche additionnelle dans un même sein, supplément	55,30	138,30	
NOTE : Maximum 3 broches par sein, par jour				
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de broches dans la case UNITÉS.				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+	Biopsie mammaire unilatérale avec appareil de macrobiopsie assistée par aspiration (mammotome) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant			
	NOTE : Les actes codés 00847, 00848 et 00849 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.			
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 145.			
S	20068 un site	157,50	157,50	
	20069 par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	141,80	141,80	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de sites additionnels dans la case UNITÉS.			
20070 20071	site contra-latéral un site	141,80	141,80	
	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	127,60	127,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de sites additionnels dans la case UNITÉS.			
20029	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément.	27,60	55,30	
00855	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle	66,40		4
	NOTE : Maximum 1 par patient, par jour			
	Interventions urologiques ou endo-urologiques			
09458	Néphrostomie percutanée, incluant les visites et l'injection de colorant.	210,00		5
00416	Dilatation urétérale par néphrostomie incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et les visites	221,20		
20072	Changement de cathéter de néphrostomie ..	105,00		
00854	Mise en place d'un cathéter double J et/ou tube de drainage	105,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Interventions neuro-squelettiques				
	Blocs facettaires (voir : Blocages nerveux, page C-9)			
	Discographie :			
00438	1 niveau	126,95	126,95	4
00459	2 niveaux ou plus	122,00	138,00	4
20073	Provocation discale avec prise de pression au manomètre, par niveau, supplément.	55,10	77,20	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.			
	Injection de stéroïdes avec discographie, supplément			
09460	1 niveau	33,20		
	par niveau additionnel	21,00		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.			
00894	Myélographie.....	49,80	49,80	5
	Discoïdectomie percutanée			
09461	premier niveau	250,00		7
09462	2 niveaux ou plus	315,00		7
09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux)	116,25		
	Vertébroplastie percutanée incluant la pon- ction percutanée, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites			
00835	premier niveau	331,90		7
20597	niveau additionnel, par niveau.....	174,25		
	NOTE : Maximum deux niveaux additionnels			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre de niveaux addi- tionnels dans la case UNITÉS.			
20074	Cyphoplastie incluant, le cas échéant, la ponction transpédiculaire, le curetage de l'os spongieux, le positionnement et le gonflement des ballonnets, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites. .	420,00		12

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
BIOPSIE/CYTOLOGIE À L'AIGUILLE, PAR VOIE TRANSCUTANÉE, SOUS GUIDAGE ÉCHOSCOPIQUE, FLUOROSCOPIQUE OU SCANOGRAPHIQUE				
NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scannographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.				
09464	thoracique	157,50		4
09465	abdominale	157,50		5
09466	hépatique	157,50		4
00229	rate	157,50		4
00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	157,50		6
09468	estomac	165,40		4
09469	intestin	150,00		4
	osseuse :			
00212	os	157,50		5
00247	vertèbre	157,50	157,50	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
INFILTRATION OU PONCTION OU DRAINAGE (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 sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.				
00418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant	78,80	116,10	4
NOTE : Ce service ne peut pas être facturé le même jour que la radiographie et/ou l'arthrographie pratiquées au même site.				
+	maladie de Dupuytren			
+ 20224	injection palmaire de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	204,95	204,95	6
+ 20225	injection digitale de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	253,35	253,35	6
kyste ou abcès profond :				
00124	membre.	63,00	84,00	4
00324	colonne ou paravertébral	110,70		6
00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	55,30	77,50	4
00299	kyste rénal	66,20	66,20	4
00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale ..	105,00	125,00	4
20598	injection unique ou multiple dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la ponction excluant les articulations coxo-fémorale, sacro-iliaque et facettaire	63,00	83,00	4
Mise en place d'un cathéter percutané				
insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse				
09472	thoracique, médiastinal ou abdominal.	157,50		5
20075	pour drainage d'ascite	55,30	73,50	5
09474	pseudokyste pancréatique toute voie d'approche	105,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Implantation de marqueur(s)				
T 00491	implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage et/ou du traitement d'un organe ou d'une tumeur . .	36,75	106,75	4
INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE				
09476	Cavernosographie : investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant la ponction directe, l'opacification et la prise de clichés, l'étude débiométrique avec ou sans injection de papavérine intracaverneuse).	90,00		
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.	17,10	17,10	5
09477	Injection intraveineuse ou intramusculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du côlon.	5,60	6,60	
00442	Galactographie	23,20	23,20	
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) .	73,50		
00444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	16,80	16,80	
00462	Lymphographie incluant la dissection.	37,90	37,90	4
T 09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	95,95		
T 00155	Opacification des sinus paranasaux.	6,75	6,75	
09479	Phlébographie par ponction osseuse	87,00		
00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	15,90	15,90	
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			
00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	75,00	75,00	4

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

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. Vous devez utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de la personne assurée est essentielle.*

08501	Examen, sous anesthésie générale ou régionale, effectué par un radio-oncologue ou conjointement avec un médecin d'une autre discipline	50,00	4
08502	Installation d'un tube nasogastrique, dans les cas de cancer des voies aérodigestives supérieures	30,00	
+ 08511	Évaluation et ajustement de la configuration des champs de radiation et de la collimation.	93,10	
T 08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie.	219,85	
08503	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	30,00	
20158	Planification du traitement par radiations avec imagerie multimodalité	140,00	
	NOTE : L'acte codé 20158 ne peut être facturé avec l'acte codé 08565 à la même séance.		
D 20159	Planification d'un site de réirradiation comportant un risque de chevauchement de champ d'irradiation utilisé dans le passé	70,00	
	NOTE : L'acte codé 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	200,00	
D	NOTE : L'acte codé 20160 ne peut être facturé avec l'acte codé 20158, si effectué quinze jours avant ou après.		
+	NOTE : L'acte codé 20160 ne peut être facturé avec l'acte codé 08565, le même jour.		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
T	08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité . . .	51,55	
T	08504	Radiothérapie avec modulation d'intensité par planification inverse.	365,20	
		NOTE : L'acte codé 08504 et l'acte codé 08564 sont mutuellement exclusifs.		
T	08565	Fusion d'images.	77,40	
	08554	Irradiation stéréotaxique, incluant la planifica- tion et les séances de traitement, par site tumoral	397,00	
+		Maximum 1 fois par patient, par site anato- mique, par mois		
		Maximum 6 fois par patient à vie pour tous sites anatomiques		
+		NOTE : L'acte codé 08554 ne peut être fac- turé avec les actes codés 08511, 08518, 08520 et 08553 à la même séance		
#		<u>AVIS :</u> Indiquer le site anatomique traité dans la case DIAGNOSTIC PRINCI- PAL ET RENSEIGNEMENTS COM- PLÉMENTAIRES.		
	08555	Irradiation hémi-corporelle incluant la planifi- cation et les séances de traitement.	132,80	
	08513	Traitement par isotopes métabolisés.	32,90	4
	08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide	31,00	4
	08515	Application de radio-isotope par plaque.	26,00	5
	08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	947,00	
	08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	947,00	
T	08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques.	26,60	
+	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 . .	17,75	
T	08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie transcutanée).	90,90	
	08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur.	53,00	4
S				

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

RADIOTHÉRAPIE PALLIATIVE

08512	Soins médicaux à visée palliative, prodigués par un médecin spécialiste en radio-oncologie, par site anatomique	429,90
20161	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	30,00

D NOTE : L'acte codé 08512 ne peut être facturé avec les actes codés 08511, 08518, 08519, 08520 et 08553, si effectué quinze jours avant ou après.

AVIS : *Inscrire le site anatomique dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

CURIETHERAPIE

08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle.	42,50
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodesitométrie	59,40

Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :

08524	bronches (PG-28)	80,00	6
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente) (PG-28)	95,00	5
08528	corps utérin (PG-28)	80,00	5
08541	vagin (cavité vaginale) (PG-28)	80,00	6
08544	voies biliaires (PG-28)	80,00	4
08556	oesophage (PG-28)	80,00	5
08557	cavité buccale (moulage) (PG-28)	57,00	5
08558	nasopharynx (PG-28)	80,00	5
08559	rectum (PG-28)	80,00	5
08560	anus (PG-28)	80,00	5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :			
08523	anus (PG-28)	172,00		5
08525	cavité buccale excluant la langue (PG-28) .	172,00		7
08526	cerveau (PG-28)	172,00		6
08529	ganglions (PG-28)	254,00		5
08530	hypopharynx (PG-28)	254,00		6
08531	langue, portion mobile (PG-28)	172,00		6
08532	lèvres (PG-28)	133,00		5
08533	médiastin (PG-28)	239,00		6
08534	oropharynx, incluant la base de la langue (PG-28)	254,00		6
08535	peau (PG-28)	92,00		5
08536	pénis (PG-28)	162,00		4
08537	rectum (PG-28)	254,00		5
08538	sein (PG-28)	92,00		6
08539	tissus conjonctifs après résection (PG-28) .	172,00		4
08540	tissus conjonctifs sans résection (PG-28) .	331,00		5
08542	vagin (paroi vaginale) (PG-28)	172,00		4
08543	vessie (PG-28)	172,00		4
08561	prostate (PG-28)	254,00		5
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement			
08562	implant interstitiel.	64,70		4
08563	implant endocavitaire ou plésio curiethérapie	45,60		4
	Insertion de substance radioactive :			
08545	temporaire	50,90		4
08546	permanente	178,40		4
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	36,60		
08548	Retrait du matériel radioactif (PG-28)	40,30		
08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale.	82,80		6
08550	Retrait du matériel d'implantation (PG-28) . .	50,90		
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	58,70	58,70	

RHINOSINUSOLOGIE

	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).	33,95	79,20	
S					
D	00733	Rhinomanométrie par pléthysmographie corporelle.	22,60		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale	92,95		5
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	30,25	40,45	4
20082	si biopsie unique ou multiple, supplément	27,20	27,20	1
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives.			
20162	Microchirurgie laryngée endoscopique au laser, toutes techniques, incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance	250,00		6
	Sinus :			
00640	frontal, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	37,70	39,70	4
00641	maxillaire, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	32,15	33,65	4
00627	Méatoscopie, unilatérale ou bilatérale	32,45	40,45	5
	NOTE : La méatoscopie per-opératoire n'est pas payable sauf pour les codes chirurgicaux 03301, 03804 et 03806.			
	Nettoyage de la cavité ethmoïdienne pendant le premier mois postopératoire, incluant la méatoscopie			
00657	unilatéral	57,45		
00658	bilatéral	74,95		
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)	245,90		4
00277	pleurodèse, supplément (PG-28)	66,15		
20163	Installation d'un drain thoracique de type PleurX	198,30		4
20164	Retrait d'un drain thoracique de type PleurX	30,00		
	Traitement d'empyème			
00278	drainage par costectomie	168,95		5
00279	par fermeture de fenêtre thoracique	157,05		4
20083	Thrombolyse intraveineuse lors d'un AVC mise en marche et surveillance au chevet du patient lors de l'administration de la médication thrombolytique, incluant tous les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance, mais excluant la première visite	400,00		
	NOTE : L'acte codé 20083 n'est pas soumis à la règle 8.1 du préambule général.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20182	ensemble de soins médicaux nécessaires dans les 6 premières heures après la thrombolyse, excluant la mise en marche et la surveillance au chevet du patient lors de l'administration de la médication thrombolytique	200,00		
D	NOTES : L'ensemble de soins médicaux inclut les visites, la surveillance et les procédés diagnostiques et thérapeutiques; L'acte codé 16070 peut être facturé en sus; L'acte codé 20182 n'est pas soumis à la règle 8.1 du préambule général.			
20183	téléthrombolyse : assistance médicale par contact vidéo, avec le patient et le médecin au chevet, pour la prise de décision de procéder à la thrombolyse, ainsi que la disponibilité durant l'administration de la médication thrombolytique.	300,00		
	NOTE : L'acte codé 20183 n'est pas soumis à la règle 8.1 du préambule général.			
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin référant dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

+

MÉDECINE HYPERBARE

+

NOTE : Les traitements en chambre hyperbare sont payables aux médecins spécialistes en médecine d'urgence ou en pneumologie désignés par les parties négociantes et rencontrant l'un ou l'autre des critères suivants :

- Avoir complété une formation complémentaire reconnue en médecine hyperbare; ou
- Exercer la médecine hyperbare depuis au moins trois ans et présenter un portfolio démontrant l'acquisition de compétences pertinentes durant la pratique; ou
- Présenter un portfolio démontrant l'acquisition de connaissances et la réalisation de modules cliniques et de projets rattachés aux volets pertinents de la médecine hyperbare.

Pour être désigné, un médecin doit de plus détenir des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre) (le patient et le médecin sont dans la chambre)

00837	première heure (1*).....	276,20	12
09346	pour chaque patient additionnel traité simultanément.....	79,40	
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (1*).....	52,05	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure additionnels dans la case UNITÉS.

AVIS : (1*) Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09347	pour chaque patient additionnel traité simultanément	11,35		
	surveillance : (le patient est dans la chambre et le médecin est sur place ou à proximité immédiate de la chambre)			
00839	première heure (1*)	159,90		12
09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément	46,65		
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (1*)	26,65		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure addi- tionnels dans la case UNITÉS.			
09349	pour chaque patient additionnel traité simultanément	6,60		
	Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec, des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la chambre hyperbare, rendus par le médecin responsable d'une chambre hyperbare			
00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine.	107,00		
00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié.	160,00		
	<u>AVIS :</u> Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire : - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALA- DIE; - Le code d'acte 00832 ou 00833 dans la section Actes; Aucun autre service ne doit être fac- turé sur cette demande de paiement.			
	<u>AVIS :</u> (1*) Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNE- MENTS COMPLÉMENTAIRES.			

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2

Traitements de physiothérapie

(Réadaptation physique)
donnés en cabinet

Les traitements de physiothérapie dont l'énumération suit, sont payés au tarif et suivant les conditions établies dans la Lettre d'entente n° 13. (Voir Brochure n° 1, Médecins Spécialistes, annexe 11).

AVIS : *La tarification est de 16,30 \$ par traitement de physiothérapie. La prestation de ces actes exécutés lors d'une même séance n'est pas sujette à la règle 8.1 du préambule général. Maximum de trois traitements par séance.*

00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, microthermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et 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

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+	Transfusion			
+	00647 Exsanguino-transfusion (chacune)	156,90		
#	<u>AVIS :</u> Pour le paiement de cet acte, le code de diagnostic est obligatoire et doit être inscrit dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.			
	Transplantation d'organes			
	<u>AVIS :</u> Les codes d'acte 00414, 00694, 00696, 00698 et 20178 sont payables par la Régie, même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur. Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.			
00414	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les visites, par donneur, par établissement, par jour	828,25		
20178	Si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale, supplément	300,00		
00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur (réservé aux néphrologues)	330,70		
00694	Préparation du prélèvement pancréatique d'un donneur cadavérique pour transplantation d'ilots, toutes techniques	388,10		
00696	Ensemble des activités faites par un chirurgien général dans l'établissement receveur, par patient, entourant la préparation de donneurs d'organes ou d'un receveur de greffe de foie, à l'exclusion du prélèvement ou de la greffe	107,25		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue ou un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient :			
	Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents			
09377	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	335,45		
09378	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	251,65		
09379	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	111,85		
09380	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	83,90		
09381	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (honoraire global) ...	2 300,60		
	Thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet pré et postopératoire :			
09489	rénale	482,55		
09490	hépatique	482,55		
09491	pancréatique	530,05		
D 00767	pulmonaire ou cardio-pulmonaire	530,05		
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des actes codés 00771, 00773, 00774, 00775, 00776, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 20165, 20166, 20167, 20168, 20169, 20170, 20171, 20172 et 20173.			
00763	Soins médicaux prodigués par un cardiologue incluant la thérapie immunosuppressive en préparation d'une transplantation cardiaque imminente	578,70		
	Maximum 1 par patient, par épisode de soins			
	Soins médicaux prodigués par un cardiologue à la suite d'une transplantation cardiaque, par jour, par patient :			
	Honoraire global de visites incluant la thérapie immunosuppressive			
20213	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 185,40		
09350	2 ^e au 15 ^e jour (par jour)	328,95		
	Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de moins de 18 ans			
20165	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	2 250,00		
20166	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	450,00		
20167	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	300,00		
20168	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	225,00		
20169	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	187,50		
20170	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global) ...	6 675,00		
20171	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global) ...	2 812,50		
	Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de 18 ans et plus			
00771	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 653,40		
00773	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	330,70		
00774	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	220,45		
00775	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	165,35		
20172	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	125,00		
00776	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global) ...	4 905,05		
20173	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global) ...	1 875,00		

Urologie

NOTE : Le procédé diagnostique ou thérapeutique identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre acte diagnostique ou thérapeutique ou aucune autre chirurgie à la même séance. Seul l'honoraire d'une visite peut s'ajouter, s'il y a lieu.

00721	Réduction manuelle de paraphimosis sous anesthésie régionale (épidurale, caudale ou rachidienne) ou générale, toute technique « I » (PG-28)	200,00		4
00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux « I » ..	74,60	74,60	5
00154	Mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne (PG-28)	60,90	60,90	4
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colanique sous anesthésie régionale ou générale « I »	68,05		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales				
NOTE : Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations uréthro-rénales peut être facturé à la fois dans 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	32,40	32,40	5
00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile « I » (PG-28)	60,00	60,00	5
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)	50,90	50,90	5
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale « I »	78,35		4
D 00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre, toute technique	17,30	17,30	5
00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)	215,25		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales				
NOTE : Un seul code d'acte de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétéro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance.				
T 00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant :	30,00	30,00	5
T 00319	aux fins diagnostiques	81,00	81,00	5
T 00372	aux fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J.	200,00	200,00	5
T 00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale.	250,00		
T 00374	Urétéroscopie ou urétérorénoscopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu.	394,00		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
C) Urodynamie				
NOTE : Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.				
T 00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale (par un urologue seulement) : technique ou interprétation ou les deux	32,40	32,40	5
09358	Mesure des pressions intrapyéliqués ou urétéro-vésicales ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	21,60		4
09357	Mesure des pressions intrapyéliqués 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.	50,00		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				
T 00375	technique et/ou interprétation	55,90	55,90	4
T 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	189,00		

S

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
D) 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.			
00496	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (PESA-TESE) (pour urologue seulement).	900,00	1 900,00	5
00499	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (MESA-MicroTESE) (pour urologue seulement).	1 600,00	2 900,00	8
+	Services médicaux assurés depuis le 10 novembre 2015			
+ 20080	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes dans le cadre de la préservation de la fertilité (PESA-TESE) (pour urologue seulement)	900,00	1 900,00	5
+ 20175	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire des spermatozoïdes sous microscope dans le cadre de la préservation de la fertilité (MESA-microTESE) (pour urologue seulement).	1 600,00	2 900,00	8

INDEX

Page

ADDENDUM 8 - ANESTHÉSIOLOGIE	D-2
Interprétation	D-2
Règle 1 - Honoraire global	D-2
Règle 2 - Visites	D-2
Règle 3 - Mode de calcul de l'honoraire d'anesthésie	D-3
Règle 4 - Durée	D-3
Règle 5 - Interruption de l'anesthésie	D-3
Règle 6 - Procédure diagnostique pré-chirurgicale	D-3
Règle 7 - Chirurgies multiples	D-3
Règle 8 - Anesthésiologiste collaborateur	D-4
Règle 9 - Remplacement en cours d'intervention	D-4
Règle 10 - Participation	D-4
Règle 11 - Anesthésies simultanées	D-4
Règle 12 - Majoration d'honoraires pour certains services	D-5
Règle 13 - Majoration d'honoraires selon l'âge	D-6
Règle 14 - Majoration des unités de base	D-6
Règle 15 - Anesthésie en douleur chronique	D-7
Valeur de l'unité	D-9
# Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale	D-9
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil	D-10
# Anesthésie générale pour chirurgie de l'oeil	D-10
Anesthésie obstétricale	D-11
Anesthésie et traitement de la douleur	D-12
Inhalothérapie	D-15
Soins spéciaux	D-16
Cathétérisme veineux	D-16
Soins de ventilation	D-17
Coeur-poumon artificiel	D-19
Transplantations	D-19
Divers	D-19
Tableau de correspondance des unités de durée	D-21

D - ANESTHÉSIOLOGIE

ADDENDUM 8. - ANESTHÉSIOLOGIE

INTERPRÉTATION

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie.

Sont exclues les évaluations préopératoires effectuées dans une clinique d'évaluation préopératoire désignée (services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602).

De plus, sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1 ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base. Ceux-ci sont alors payables selon la tarification et le taux applicables au début de l'anesthésie.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS : Voir la règle 5 du préambule général.

RÈGLE 3.**MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRES D'ANESTHÉSIE**

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiologiste consacre au soin du malade; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

RÈGLE 4.**DURÉE**

4.1 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiologiste a charge du malade.

4.2 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiologiste en confie la surveillance au personnel de la salle de réveil.

4.3 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit premières périodes; deux unités de durée, pour chaque période additionnelle; et trois unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze minutes.

AVIS : Voir le tableau de correspondance des unités de durée à la fin du présent onglet.

RÈGLE 5.**INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE**

5.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. (MOD=047)

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du malade.

RÈGLE 6.**PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE
PRÉ-CHIRURGICALE**

6.1 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter aux unités de base d'une chirurgie, celles prévues pour un procédé diagnostique pré-chirurgical auquel il concourt lorsque le tarif de ce procédé est de 4 unités de base ou plus.

RÈGLE 7.**CHIRURGIES MULTIPLES**

7.1 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

RÈGLE 8.**ANESTHÉSIOLOGISTE COLLABORATEUR**

8.1 On accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum 4, pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

En outre, il a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du malade; on applique à cet égard, la règle 3.

Cette modification prend effet au 1^{er} septembre 1988.

AVIS : Voir l'exemple de facturation à la section 3.2.6.2 Anesthésiologiste collaborateur (R=3) sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

RÈGLE 9.**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.

Celui qui le remplace, n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037) : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiologiste a consacré au soin du malade.

AVIS : Voir à la section 3.2.6.3 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement (exemples de facturation d'un anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention).

RÈGLE 10.**PARTICIPATION**

10.1 Le médecin anesthésiologiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du malade pendant qu'on la pratique, sans qu'il y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

RÈGLE 11.**ANESTHÉSIES SIMULTANÉES**

11.1 Sous réserve de la règle 11.2, un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % (MOD=34) du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

- + **11.2** Le médecin anesthésiologiste peut ajouter un supplément d'unités aux unités de base d'une intervention chirurgicale pour l'anesthésie régionale effectuée dans un but d'analgesie pré ou post-opératoire, lorsqu'elle est entreprise par l'anesthésiologiste dans une salle autre que celle où l'intervention chirurgicale a lieu, dans l'attente de la disponibilité de la salle d'opération, ou pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité.

Nonobstant ce qui précède, les techniques suivantes ne permettent pas l'ajout de ce supplément :

- anesthésie locale
- infiltration de plaie
- anesthésie rachidienne
- anesthésie épidurale en injection unique
- anesthésie épidurale continue avec installation d'un cathéter retiré le même jour

Le supplément est de 6 unités (code d'acte 41008). Il ne peut toutefois être réclamé entre 7 h et 8 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie régionale visée ci-dessus n'est pas comptabilisé dans les unités de temps de l'anesthésie.

RÈGLE 12.

MAJORATION D'HONORAIRES POUR CERTAINS SERVICES

Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 29 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'Accord-cadre pour les interventions suivantes effectuées entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

- i. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
- + ii. Les services médicaux codés 00901, 00927, 00939, 00991, 04516, 08329, 09403, 09404, 09405, 41023, 41024, 41040 et 41051, sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

AVIS : *Utiliser le modificateur 919 pour demander la majoration d'honoraires.*

Pour les suites d'opération entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, utiliser le modificateur multiple suivant :

225 multiple de (098-919) : *suite de l'opération non majorée pour les soins d'urgence et majoration d'honoraires de 29 %.*

En dehors des plages de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h, utiliser les modificateurs simples de suite d'opération existants.

Voir les exemples de facturation associés à l'utilisation de ces modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement du manuel des médecins spécialistes.

Pour la facturation de combinaisons de modificateurs non définies par un multiple, utiliser le modificateur 099 et inscrire dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les modificateurs qui s'appliquent.

RÈGLE 13.**MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE**

13.1 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur. (MOD=166)

13.2 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41. (MOD=015)

13.3 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41. (MOD=022)

RÈGLE 14.**MAJORATION DES UNITÉS DE BASE**

- + **14.1** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41033**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.
- + **14.2** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41034**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en position ventrale. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.
- + **14.3** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41035**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en provenance des soins intensifs, des soins coronariens ou des soins néonataux. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.
- + **14.4** En anesthésiologie, un supplément de 3 unités (code d'acte **41036**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient nécessitant au moins 10 culots globulaires per-opératoires ou chez les patients de moins de 18 ans nécessitant une transfusion > = à 50 cc par kilo. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.

- + **14.5** En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte **41037**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient en isolement (SARM, ERV, Clostridium difficile, etc.). Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D – Anesthésiologie**.

+ **RÈGLE 15.**

ANESTHÉSIE EN DOULEUR CHRONIQUE

15.1 L'évaluation et la prise en charge d'un patient avec douleur chronique se font pour le suivi d'un plan de traitement d'un patient sur référence d'un centre de douleur chronique désigné à l'annexe 41 ou pour un patient dont la situation ne demande pas l'expertise et l'ensemble des ressources offertes en centre de douleur chronique désigné à l'annexe 41.

15.2 Les services médicaux visés par la présente règle sont ceux apparaissant sous la rubrique *Anesthésie en douleur chronique* de l'onglet *D - Anesthésiologie*. Ces services médicaux ne sont payables qu'en établissement seulement.

15.3 Le médecin qui réclame le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucun rôle 2 ou rôle 3 durant la même séance.

15.4 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucune autre visite ou consultation le même jour pour le même patient.

15.5 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut facturer aucun acte de la rubrique *Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques* de l'onglet *C - Procédés diagnostiques et thérapeutiques* le même jour pour le même patient.

15.6 Un maximum de cinq (5) évaluations et prises en charge d'un patient avec douleur chronique (code d'acte 41055) et de dix (10) visites de suivi en douleur chronique (code d'acte 41058) est payable par demi-journée, par médecin. Le maximum total pour la combinaison des actes codés 41055 et 41058 est de sept (7) actes par demi-journée, par médecin.

15.7 La majoration d'honoraires prévue à la règle 14 du préambule général ne s'applique pas aux services médicaux visés à la présente règle.

15.8 Sont considérées comme des procédures majeures : le bloc facettaire, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé, ainsi que l'injection dans l'espace 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)).

ANESTHÉSIOLOGIE

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

T VALEUR DE L'UNITÉ 16,78

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

00925	Curetage sous-gingival	5*
----	Extraction dentaire simple	(voir système digestif)
00904	Résection de racine dentaire	5*
00905	Obturation dentaire	6*
00918	Pulpectomie	5*
00919	Traitement de canal dentaire	5*
00960	Extension des replis muqueux	5*
00961	Abaissment total du plancher de la bouche	8*
00962	Implantation de prothèse dentaire	5*
00963	Alvéoloplastie	5*
00964	Alvéolectomie	5*
00966	Ablation de tissu hyperplasique	5*
00967	Alvéolite	5*
00968	Fracture alvéolaire	5*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme	5*
00970	Ablation de torus	5*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit aux unités de durée seulement.	
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle) dans le tissu osseux ou dans le tissu mou sous anesthésie	5*
00920		
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	5*
	Exposition chirurgicale aux fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux avec ou sans appareil de traction	5*
00924	Maxillectomie	
00930	partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*

		R = 1	R = 2
	Tubéroplastie (unilatérale) (reconstruction de la tubérosité)		
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux		5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)		5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)		5*
	Intervention sur le trijumeau		
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau		6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau aux fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance).		4*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie).		
00957	repositionnement bilatéral		10*
00959	diminution		8*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
00907	sans la présence d'un anesthésiologiste.	38,20
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	19,10
	NOTE : Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.	

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

41010	Anesthésie générale avec intubation endotrachéale pour chirurgie de la cataracte.	6*

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE**Accouchement ou période du travail, ou les deux**

	00921	sous anesthésie générale	9
	00910	sous anesthésie régionale par injection unique	9
	00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie post-accouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter . . .	12
D		NOTE : L'acte codé 00911 ne peut être facturé avec les actes codés 41038, 41039, 41044 et 41049 à la même séance.	
		NOTE :	
		- Si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne ou une prise en charge anesthésique au bloc opératoire deviennent nécessaires, l'honoraire des codes d'acte 06912 ou 06913 ou 41038, s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la patiente au bloc opératoire pour effectuer l'induction ou débiter la surveillance.	
		- Une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.	
T	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	6*
D		NOTE : L'acte codé 41038 ne peut être facturé avec les actes codés 00911, 06912 ou 06913 à la même séance.	
	41007	Prise en charge du nouveau-né par un anesthésiologiste lors d'une chirurgie ex utéro intrapartum	18*
		<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les renseignements relatifs à la mère dans la section Identité de la personne assurée.</i>	

ANESTHÉSIE ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire

NOTE : les actes de la présente section sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés simultanément pour le même patient à la même séance.

Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

41039	1 ^{er} jour A8-1 (1*)		2
41040	par jour subséquent (1*)	20,00	
41041	par jour subséquent le week-end (1*) (honoraires majorés selon l'application de la règle 15 du préambule général)	29,00	
41042	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière (1*)	10,00	
41043	par jour subséquent le weekend, si suivi assuré par l'infirmière (1*) (honoraires majorés selon l'application de la règle 15 du préambule général)	14,50	

41044	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie, chez un patient hospitalisé, par injection unique de morphine ou d'hydromorphone par voie rachidienne ou épidurale, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1 (1*)		2

41045	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, chez un patient de moins de 18 ans, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1 . . . 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 trigéminal (ou de l'une de ses branches)		5

NOTE : Les actes codés 41045 et 41008 sont mutuellement exclusifs.

AVIS : (1*) Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

		R = 1	R = 2
41046	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, plexique (plexus brachial, plexus lombosacré, plexus cervical superficiel et profond, plexus coeliaque ou plexus hypogastrique supérieur), sciatique, fémoral ou caudal, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures A8-1		4
41047	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1		3
	NOTE : Le service médical codé 41047 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - <i>Anesthésiologie</i> .		
41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastomérique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections A8-1		6
41048	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1		3
	NOTE : Le service médical codé 41048 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - <i>Anesthésiologie</i> .		
	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie post-opératoire ou traitement de la douleur aiguë par bloc continu nerveux (nerf périphérique ou plexus nerveux), neuraxial (péridural ou caudal), paravertébral ou intrapleurale, avec installation d'un cathéter, incluant les visites, la surveillance, l'enseignement au patient et les injections		
41049	1 ^{er} jour A8-1 (1*)		6
41050	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1		3
	NOTE : Le service médical codé 41050 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - <i>Anesthésiologie</i> .		
41051	par jour subséquent (1*)	35,00	
41052	par jour subséquent le week-end (1*)	58,00	
	(honoraires majorés selon l'application de la règle 15 du préambule général)		
41053	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière (1*)	17,50	
41054	par jour subséquent le week-end, si suivi assuré par l'infirmière (1*)	29,00	
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)		

AVIS : (**1***) Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.

Anesthésie en douleur chronique

NOTE : Pour la section *Anesthésie en douleur chronique*, se référer à la règle 15 de l'addendum 8.

NOTE : Le maximum total pour la combinaison des actes codés 41055 et 41058 est de 7 actes par demi-journée.

41055	Évaluation et prise en charge d'un patient avec une douleur chronique, minimum de 30 minutes	50,00
	Maximum 1 évaluation par patient, par médecin, par 12 mois	

AVIS : Pour le code d'acte **41055**, inscrire la plage horaire 2 ou 3.

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 7 h à 12 h (a. m.)	2
de 12 h à 17 h (p. m.)	3

41056	si procédure mineure effectuée à la même séance, supplément	12,50
41057	si procédure majeure effectuée à la même séance, supplément	25,00
	NOTE : un seul supplément par patient, par jour	
41058	Visite de suivi en douleur chronique, minimum de 15 minutes	25,00
	Maximum 4 visites par patient, par médecin, par 12 mois	

AVIS : Pour le code d'acte **41058**, inscrire la plage horaire 2 ou 3.

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 7 h à 12 h (a. m.)	2
de 12 h à 17 h (p. m.)	3

41059	si procédure mineure ou majeure effectuée à la même séance, supplément	12,50
	NOTE : un seul supplément par patient, par jour	

Anesthésie en soins palliatifs

41012	Analgesie péridurale avec cathéter pour contrôle de la douleur	252,00	4*
41013	Analgesie péridurale avec cathéter tunnalisé pour contrôle de la douleur	252,00	6*
41014	Analgesie rachidienne avec cathéter tunnalisé pour contrôle de la douleur	252,00	6*
41015	Insertion sous-arachnoïdienne d'un cathéter type Port-a-Cath incluant le bloc	474,00	6*
41016	Insertion d'un cathéter pour bloc plexique continu incluant le bloc	108,00	4*
41017	Bloc du ganglion impar	50,00	4*
41018	Bloc du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	204,00	6*
41019	Neurolyse du ganglion impar	120,00	4*

		R = 1	R = 2
41020	Neurolyse du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	402,00	6*
41021	Neurolyse médullaire cervicale	402,00	6*
41022	Neurolyse médullaire thoracique, lombaire ou sacrée . . .	402,00	6*
41023	Visite de suivi, par jour (1*)	48,00	
41028	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	82,00	
	NOTE : Les actes codés 41023 ou 41028 sont applicables sur les actes codés 41012, 41013, 41014, 41015 ou 41016 et ils incluent l'ajustement des paramètres de perfusion et la surveillance, le cas échéant.		
41024	Visite de suivi, par jour (1*)	24,00	
41025	Tournée des malades le week-end (1*) (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	41,00	
	NOTE : Les actes codés 41024 ou 41025 sont applicables sur les actes codés 41017, 41018, 41019, 41020, 41021 ou 41022.		
+	Autres		
+	00939 Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	90,00	

INHALOTHÉRAPIE

00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins . . .		7
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.		

AVIS : *Inscrire l'apgar dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.*

AVIS : (1*) Voir la règle 5.7 du préambule général.

SOINS SPÉCIAUX**Cathétérisme veineux**

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS : Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1, sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code d'acte correspondant au supplément A8-1 concerné. Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.

00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	180,00	
00987	supplément A8-1		9
Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant			
00902	patient de moins de 16 ans (PG-28)	140,00	4*
00993	supplément A8-1		5
00903	patient de 16 ans ou plus (PG-28)	110,00	4*
00994	supplément A8-1		3
00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents	140,00	4*
00995	supplément A8-1		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	250,00	6
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	32,00	

		R = 1	R = 2
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	160,00	
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	145,00	
00996	supplément A8-1.		7
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	86,60	

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v. g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	55,35	1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00927	Contrôle subséquent, par visite	15,75	
	maximum par jour.	63,00	
41029	Contrôle subséquent le week-end, par visite	25,00	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général).	100,00	
	NOTE : Les actes codés 00927 ou 41029 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.

Niveau II

Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux halogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle

00990	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	109,05	4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00991	Contrôle subséquent, par visite	12,00	
	maximum par jour	72,00	
41030	Contrôle subséquent le week-end, par visite	21,40	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général)	128,40	
	NOTE : Les actes codés 00991 ou 41030 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un bronchoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1		10
00940	Intubation endo-bronchique avec un tube ou bloqueur bronchique en utilisant le bronchoscope flexible chez un patient où une isolation pulmonaire est indiquée A8-1 . .		8
	<u>AVIS :</u> Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (réf. : article 6 de l'annexe 29)		
00900	Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient	74,00	
	<u>AVIS :</u> Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, vous référer à la règle 14 du préambule général et à l'article 5.2 de l'annexe 29.		

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

Lorsque le cœur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du cœur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à 18 (MOD=036).

18*

AVIS : Lorsque le modificateur **036** est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique; la valeur des unités de base devient 18 unités. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.

TRANSPLANTATIONS

00932 Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base.

12*

DIVERS

00981	Anesthésie pour angioradiologie.	6*
00982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne	6*
00954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie.	4*
00986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur	4*
00958	Anesthésie générale pour épiglottite.	10*
00971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale	4*
00972	Anesthésie pour ablation de points de suture.	4*
00974	Tamponnement nasal antérieur	4*
D 00975	Anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examen fait au cours de la même anesthésie	7*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examen fait au cours de la même anesthésie	10*
D	Anesthésie pour examen ophtalmologique :	
00955	sans intubation	5*
00956	avec intubation	5*
D 00976	Anesthésie pour examen sous anesthésie générale	4*
D 00977	Anesthésie pour circulation assistée.	8*
D 00978	Anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire	8*
D 00979	Anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire	7*
D 41031	Anesthésie pour traitement en radio-oncologie chez un patient de moins de 18 ans	10*
D 00983	Anesthésie pour télécobalthérapie	4*

		R = 1	R = 2
00985	Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément.		1
01902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale.		10*
	<u>AVIS :</u> Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier dans la section Établissement.		
41032	Présence de l'anesthésiologiste en salle d'opération pour monitoring et constatation du décès cardiocirculatoire chez un donneur d'organes avant une mort cérébrale (Programme DDC) « I »		4*
	NOTE : L'acte codé 41032 identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical, à la même séance.		
	<u>AVIS :</u> Le code 41032 est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Remplir les cases PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE ET ADRESSE (province ou pays de résidence) du donneur. Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.		

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée	Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	79	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE.....	E-2
Règle 1 - Honoraire global	E-2
Règle 2 - Visites	E-2
Règle 3 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	E-5
Règle 4 - Soins simultanés	E-5
Règle 5 - Soins post-opératoires confiés	E-5
Règle 6 - Chirurgie incluse ou complémentaire	E-5
Règle 7 - Séances opératoires distinctes	E-6
Règle 8 - Chirurgies multiples	E-6
# Règle 9 - Chirurgies distinctes	E-8
Règle 10 - Assistance	E-8
Règle 11 - Forfait pour chirurgie complexe	E-9
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	E-10
Règle 12 - Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe ou pour malformation congénitale complexe	E-11
CHIRURGIE PLASTIQUE	E-13
Règle 13 - Forfait pour chirurgie complexe en neurochirurgie	E-14
NEUROCHIRURGIE	E-14
Règle 14 - Forfait pour chirurgie oculaire complexe	E-16
OPHTALMOLOGIE	E-16
Règle 15 - Honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées pendant certaines heures	E-17
Règle 16 - Forfait pour chirurgie complexe en chirurgie générale	E-18
Règle 17 - Forfait pour chirurgie complexe en urologie	E-18
CHIRURGIE GÉNÉRALE	E-19
UROLOGIE	E-20
ADDENDUM 7 - MICROCHIRURGIE.....	E-21
Règle 1 - Application	E-21
Règle 2 - Description des nerfs	E-21
Règle 3 - Tarification	E-21

E - CHIRURGIE

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-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 : Lors d'une situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent, utiliser le modificateur 179.

Le médecin spécialiste en médecine d'urgence n'a pas à inscrire le modificateur 179 pour les services rendus à la salle d'urgence.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 63 \$ ou moins.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1^{er} juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie dont le tarif est de plus de 63 \$: sous réserve des exceptions suivantes, ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie ou en ophtalmologie, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention.

Pour le médecin classé en chirurgie générale, seule la visite postopératoire du premier jour suivant l'intervention est comprise dans l'honoraire de la chirurgie.

Sauf pour le médecin classé en chirurgie générale, 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 (3) 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 neurochirurgie, en obstétrique, en gynécologie et 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, le médecin a droit au paiement des visites de suivi aux soins intensifs suite à une chirurgie. La visite de suivi aux soins intensifs est la visite que le médecin oto-rhino-laryngologiste 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. (1*)

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. (1*)

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. (1*)

AVIS : (1*) Utiliser les codes d'acte 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.

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.

Le chirurgien fournit des notes explicatives et il indique la durée de la visite.

Le supplément de durée ne s'applique pas au chirurgien général, ni au chirurgien vasculaire.

S

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 (MOD=024).

AVIS : *Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui assumera les soins post-opératoires dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.*

- Utiliser le modificateur **024**.

Celui qui donne les soins post-opératoires a droit au quart de l'honoraire global (MOD=025); toutefois, pour le chirurgien classé dans une discipline autre que la chirurgie générale ou la chirurgie vasculaire, on lui accorde la moitié de cet honoraire, si ce chirurgien est un consultant auquel le centre hospitalier a fait appel ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier (MOD=026).

AVIS : *Le médecin qui réclame les soins post-opératoires doit facturer le même code d'acte que le chirurgien principal.*

- Inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin qui a pratiqué la chirurgie dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.

- Utiliser le modificateur **025** ou **026**, selon la situation.

RÈGLE 6. CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Cette règle ne s'applique toutefois pas, lors d'une chirurgie de l'appareil musculo-squelettique, à l'exérèse de clous, broches, vis ou plaques.

6.2 Le chirurgien a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 7. SÉANCES OPÉRATOIRES DISTINCTES

7.1 Sous réserve de l'article 8.5, les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes, donnent droit au plein tarif.

RÈGLE 8. CHIRURGIES MULTIPLES

AVIS : *Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » ou « supplément » sont payés à plein tarif.*

8.1 Sont payées demi-tarif (MOD=050) les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues par ce tarif.

8.2 Toutefois, en neurochirurgie, sont payées à plein tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire à des sites différents.

AVIS : *Identifier les séances opératoires différentes et les sites différents par le modificateur approprié. Voir l'annexe II sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

8.3 Un seul honoraire de la section *Appareil vasculaire non thoracique* est accordé pour l'ensemble des chirurgies de cette section pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur multiple approprié comportant les modificateurs **050** et **093** s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision.*

+ 8.4 Toutefois, en ophtalmologie, sont payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre « APPAREIL VISUEL » et pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale. Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser le modificateur **122** pour les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées à la même séance, sauf pour la chirurgie principale.*

*Utiliser le modificateur **013** pour la chirurgie pratiquée sur le deuxième œil lors d'une chirurgie bilatérale effectuée à la même séance.*

8.5 De plus en ophtalmologie, sont également payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre APPAREIL VISUEL et pratiquées auprès d'un patient au cours d'une journée, même lors de séances opératoires différentes, sauf la chirurgie principale, la chirurgie effectuée en urgence, l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

AVIS : Utiliser le modificateur **123**, lorsque des chirurgies multiples de l'appareil visuel sont pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, **en situation d'urgence** survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent **ou** pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire **ou** l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

AVIS : Utiliser le modificateur **125**, lorsque des chirurgies multiples de l'appareil visuel sont pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence, de l'examen de tomographie optique du globe oculaire **ou** de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

Règles 8.4 et 8.5 de l'Addendum 4

	En ophtalmologie	Autres spécialités
Même séance (8.4)		
-chirurgie bilatérale effectuée sur le deuxième œil	MOD 013 (90 %)	MOD 050 (50 %)
-chirurgies multiples de l'appareil visuel	MOD 122 (75 %)	MOD 050 (50 %)
-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 122 (75 %)	---
-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 122 (75 %)	MOD 050 (50 %)
Séances différentes (8.5)		
Non en urgence		
-chirurgies multiples de l'appareil visuel, sauf examen de tomographie optique du globe oculaire ou d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 125 (75 %)	---
-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 123 (100 %)	---
-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 123 (100 %)	---
En situation d'urgence , en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent		
-chirurgies multiples de l'appareil visuel	MOD 123 (100 %)	---
-examen de tomographie optique du globe oculaire	MOD 123 (100 %)	---
-injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique	MOD 123 (100 %)	---

8.6 Toutefois, en dermatologie, sont payées à plein tarif les quatre (4) premières tumeurs malignes prouvées histologiquement, réséquées à la même séance (actes codés **01131** et **01133**).

AVIS : *Utiliser le modificateur 426.*

RÈGLE 9. CHIRURGIES DISTINCTES

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique ainsi que pour un chirurgien vasculaire qui pratique une chirurgie autre que vasculaire.

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

RÈGLE 10. ASSISTANCE

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte le même acte (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

+ **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**

11.1 Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS : *Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant, voir le code d'acte 07251.*

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'annexe 15.

- # **AVIS :** *Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé, voir les codes d'acte 01425 et 01426 et leurs suppléments.*

Le tarif de l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Pour demander le tarif, comptabiliser le temps en quarts d'heure (30,75 \$), utiliser un des codes d'acte suivants et suivre les instructions de facturation ci-dessous :

05987 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total

05988 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total

05989 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total

05990 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total

05991 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total

05992 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures

Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Voir les codes d'acte 05993, 05994, 05995, 05996, 05997 et 05998.*

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Forfait pour chirurgie complexe
(Acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie
seulement)

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 047,90	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 309,90	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 971,55	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	2 253,00	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 816,40	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 661,30	18

D NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (codes d'acte 01425, 01426 et leurs suppléments) par un médecin de la même discipline, ce dernier peut facturer ce service à plein tarif nonobstant la règle 9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

AVIS : Voir la règle 11 de l'Addendum 4 - Chirurgie
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 12.**+ FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE OU POUR TRAUMATISME COMPLEXE OU POUR MALFORMATION CONGÉNITALE COMPLEXE**

- + Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe ou pour malformation congénitale complexe, d'une durée anesthésiologique de trois heures ou plus, peuvent être rémunérées sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'annexe 15. De plus, lorsqu'un supplément d'honoraires est payable pour les microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou pour un patient ayant un IMC > = 40, le médecin assistant a également droit à 25 % du tarif.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : *Le tarif de l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Pour demander le tarif, comptabiliser le temps en quarts d'heure (30,75 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :*

05966 assistance pour une durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total;

05967 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;

05968 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;

05908 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;

05909 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;

05910 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;

05911 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.

Les codes **05966**, **05967** et **05968** doivent être facturés uniquement dans les centres hospitaliers suivants :

- # - CHU Sainte-Justine;
- CUSM – Site Glen (pédiatrique);
- CHUQ – Pavillon CHUL.

Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

S'il s'agit du supplément pour microanastomose vasculaire ou nerveuse
lors d'une assistance chirurgicale, utiliser un des codes suivants et le tarif
identifié :

#	05912 par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément	175,00 \$;
	05906 si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément	50,00 \$;
	05913 par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément	150,00 \$;
	05907 si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément	50,00 \$;
	05918 pour patient ayant un IMC > = 40, supplément	75,00 \$.

Remplir la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

De plus, pour les actes 05912 et 05913 :

- Inscrire le nombre de microanastomoses dans la case UNITÉS;

R = 1

R = 2

CHIRURGIE PLASTIQUE

D	Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatismes complexes ou pour malformation congénitale complexe.		
05963	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total . . .	846,30	18
05964	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total . . .	1 128,40	18
05965	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total . . .	1 692,60	18
05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total . . .	2 256,80	18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	2 821,00	18
05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	3 385,20	18
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 949,40	18
T 05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	700,00	
T 05914	si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément	200,00	
T 05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément	600,00	
T 05915	si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément	200,00	
	NOTE : Le protocole opératoire est requis pour les actes codés 5914 et 5915.		
+	NOTE : Les actes codés 05914 et 05915 ne sont pas facturables dans le cas de reprise de microanastomose déjà facturée.		
05936	pour patient ayant un IMC ≥ 40 , supplément	300,00	
	NOTE : Les actes codés 05963, 05964 et 05965 ne peuvent être facturés que dans les centres hospitaliers suivants :		
	- CHU Sainte-Justine		
	- CUSM - Site Glen (pédiatrique)		
	- CHUQ - Pavillon CHUL		
D	AVIS : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - Chirurgie		
	- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		

RÈGLE 13.**FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN NEUROCHIRURGIE**

- + Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'acte **05954 à 05962.**

R = 1**R = 2****NEUROCHIRURGIE**

Forfait pour chirurgie complexe
(acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie
seulement)

05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	2 072,25	18
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 797,50	18
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 626,35	18

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée
anesthésiologique de la chirurgie dans
la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		R = 1	R = 2
	Assistance opératoire :		
05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	355,95	
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	596,80	
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	830,20	
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total.....	1 074,45	
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total.....	1 304,45	
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures..	1 422,75	
	NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle 14 du préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.		

AVIS : *Pour la facturation de l'assistance opératoire, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :*

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- l'heure de début et de fin de la durée de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

RÈGLE 14.**FORFAIT POUR CHIRURGIE OCULAIRE COMPLEXE**

- + Pour le médecin classé en ophtalmologie, les cas de chirurgie oculaire complexe d'une durée de plus de 90 minutes peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur une base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps opératoire, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 123 \$ de l'heure. Pour demander le tarif, comptabiliser le temps en quarts d'heure (30,75 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :

05952 assistance pour une durée opératoire d'une heure et demie

05953 assistance par quart d'heure additionnel

Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- l'heure de début et de fin de la durée de l'assistance chirurgicale dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

R = 1

R = 2

OPHTALMOLOGIE

Forfait pour chirurgie oculaire complexe
(acte réservé aux spécialistes en ophtalmologie
seulement)

05950	durée opératoire d'une heure et demie	507,70	15
05951	par quart d'heure additionnel.	84,60	

AVIS : Voir la règle 14 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

- Inscrire l'heure de début et de fin de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 15.**HONORAIRES ADDITIONNELS POUR LES CHIRURGIES EFFECTUÉES PENDANT CERTAINES HEURES**

15.1 Un honoraire additionnel est versé au chirurgien pour une chirurgie effectuée en établissement pendant certaines heures.

Cet honoraire ne s'applique qu'au médecin classé dans une des disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, obstétrique, gynécologie, obstétrique-gynécologie, neurochirurgie, urologie ou ophtalmologie.

De plus, cet honoraire ne s'applique qu'à l'égard d'une chirurgie apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie - annexe 6 de l'Accord-cadre et qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologistes (rôle 2) et impliquant l'intervention d'un médecin anesthésiologiste.

15.2 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le chirurgien qui satisfait aux conditions prévues à la règle 15.1 a également droit aux honoraires suivants :

- i) Lorsqu'une chirurgie débute entre 7 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel de 105 \$.

05916 Honoraire additionnel a. m. 105 \$

AVIS : *Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Cette information n'a aucun effet sur le calcul des honoraires du chirurgien.*

- ii) Lorsqu'une chirurgie a cours entre 15 h et 19 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel sous forme d'unités de durée, lesquelles correspondent au temps opératoire que le chirurgien consacre au soin du malade pendant cette période.

On calcule le temps opératoire par période de 15 minutes. On compte comme une période, le dernier temps d'une opération, même s'il ne dure pas 15 minutes.

La valeur d'une unité de durée est de 21 \$.

05917 Honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes 21 \$

AVIS : *Inscrire le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée;*

- *Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Cette information n'a aucun effet sur le calcul des honoraires du chirurgien.*

15.3 Pour les fins d'application de la règle 15.2 (i), la chirurgie est présumée débiter lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction.

15.4 Un chirurgien ne peut réclamer le paiement de plus d'un honoraire prévu à la règle 15.2 (i) par jour. De plus, cet honoraire ne peut être payable qu'une fois par jour par patient, pour l'ensemble des médecins chirurgiens.

15.5 Lorsqu'une disposition de l'Accord-cadre prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

RÈGLE 16.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

- + **16.1** Pour le médecin classé en chirurgie générale, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 et des suppléments d'IMC sous les onglets *H – Système respiratoire* et *L – Système digestif*, lesquels s'ajoutent le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'acte **05928, 05929 et 05937 à 05949.**

+ **RÈGLE 17.**

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN UROLOGIE

17.1 Pour le médecin classé en urologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

- # **AVIS :** Voir les codes d'acte **05969 à 05980.**

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Forfait pour chirurgie complexe
(Acte réservé aux spécialistes en chirurgie générale
seulement)

05937	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total . . .	1 200,00	18
05938	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total . . .	1 400,00	18
05939	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total . . .	1 600,00	18
05940	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total . . .	2 000,00	18
05941	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total . . .	2 250,00	18
05942	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total . . .	2 500,00	18
05943	durée anesthésiologique de 10 à 11 heures au total . .	2 750,00	18
05944	durée anesthésiologique de plus de 11 heures	3 000,00	18
05928	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh B, supplément	75,00	
05929	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh C, supplément	100,00	

AVIS : Voir la règle 16 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- Inscrire l'heure de début et de fin de la
durée anesthésiologique de la chirurgie
dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMEN-
TAIRES.

Assistance opératoire

05945	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	300,00
05946	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	550,00
05947	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	850,00
05948	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 000,00
05949	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures . .	1 500,00

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle
14 du préambule général s'appliquent à partir
de l'heure du début de l'assistance opéra-
toire.

AVIS : Pour la facturation de l'assistance opératoire,
veuillez utiliser un des codes d'acte suivant et
suivre les instructions de facturation ci-dessous.

Remplir la Demande de paiement – Médecin
(1200) et inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la
case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- l'heure de début et de fin de la durée de
l'assistance chirurgicale dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNE-
MENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

+ **UROLOGIE**

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en urologie seulement)

05969	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 200,00	18
05970	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 500,00	18
05971	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 800,00	18
05972	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 100,00	18
05973	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 400,00	18
05974	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total . . .	2 700,00	18
05975	durée anesthésiologique de plus de 10 heures	3 000,00	18

AVIS : Voir la règle 17 de l'Addendum 4 – Chirurgie

- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Assistance opératoire

+ 05976	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	300,00
+ 05977	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	550,00
+ 05978	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	850,00
+ 05979	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 000,00
+ 05980	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures . .	1 500,00

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle 14 du préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'Assistance opératoire.

AVIS : Pour la facturation de l'assistance opératoire, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200) en inscrivant :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code d'acte approprié dans la section Actes;
 - l'heure de début et de fin de la durée de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

*ADDENDUM 7. - MICROCHIRURGIE***RÈGLE 1.
APPLICATION**

1. Cet addendum régit la microanastomose.

On entend par microanastomose, une chirurgie pratiquée sous 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, sciatique poplitée externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané ainsi que les nerfs crâniens.

Les éléments des plexus tels que racines, troncs et divisions avant la formation des nerfs périphériques sont aussi considérés comme nerfs majeurs.

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

**RÈGLE 3.
TARIFICATION**

3.1 Le tarif de chirurgie prévoit une tarification spécifique pour la microanastomose.

L'honoraire maximum auquel donne droit une microanastomose, correspond au tarif d'une réimplantation (avec ou sans greffe).

INDEX

Page

PEAU-PHANÈRES, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES	F-2
Abcès, hématome ou sérome, unique ou multiple, incluant le drainage, le cas échéant	F-3
Tumeur bénigne ou précancéreuse	F-4
Lipomatose diffuse ou neurofibromatose	F-5
Autres conditions	F-5
Tumeurs cancéreuses	F-8
Cryochirurgie	F-9
Lipectomie fonctionnelle	F-10
Onysectomie	F-10
Sinus pilonidal	F-10
Exérèse de corps étrangers	F-10
# Verrue et molluscum contagiosum	F-11
Cautérisation	F-11
Réparation de plaies (débridement compris)	F-11
# Brûlures	F-14
Résection d'un moniteur de lambeau	F-14
# Greffe capillaire	F-15
# Micro-greffe capillaire	F-15
Greffes cutanées ou greffes cultivées	F-15
Greffes par glissement, rotation ou transposition	F-16
# Greffe pédiculée (à distance)	F-17
# Greffe libre	F-17
# Dermabrasion : Sablage	F-19
# Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales	F-19
# Seins	F-19
# Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement	F-23
# Fistule cutanée	F-23
Chirurgie plastique	F-23

F - PEAU - PHANÈRES
TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ
ET MUQUEUSES

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

D NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes d'acte suivants :
01010, 01012, 01021, 01043, 01044, 01045, 01046, 01324, 01338, 01386, 01388, 01395, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419, 01460, 01463, 01464 et 01465 et elle est également requise pour les codes d'acte suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 01310, 01311, 01312, 01405, 01406, 01416 et 01417.

De plus, l'autorisation de la Régie est aussi requise pour les codes d'acte 01233 et 01234 lorsque effectués chez un patient de plus de 18 ans.

NOTE : L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

01031	Un supplément est payable pour les actes codés 01010, 01012, 01021, 01343, 01373, 01402, 01407, 01410, 01423, 01434 et 01435 du chapitre « Peau - Phanères - Tissu cellulaire sous cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC >= 40 (pour chirurgien plastique seulement)	300,00
	Un supplément est payable sur le tarif de base des actes 01201, 01205, 01228, 01230, 01231, 01232, 01250, 01251, 01252 et 01334 du chapitre « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC >= 40	
01025	Acte de moins de 100 \$, supplément.	20,00
01026	Acte entre 100 \$ et 299 \$, supplément	60,00
01027	Acte entre 300 \$ et 599 \$, supplément	110,00
01028	Acte de 600 \$ et plus, supplément.	170,00

**ABCÈS, HÉMATOME OU SÉROME, UNIQUE
OU MULTIPLE, incluant le drainage, le cas échéant**

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01013	sous-cutané, panaris ou fenestration d'un ongle . . .	44,20	
01014	périanal (PG-28)	61,50	
01015	palmaire ou digital (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	167,65	
01016	intramusculaire	131,25	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01017	sous-cutané (PG-28)	96,50	5
01024	cervical (PG-23)	276,75	6
01018	périanal (PG-23)	109,35	5
T 01019	palmaire ou digital (PG-28)	200,00	5
01020	intramusculaire (PG-28)	131,25	5

**EXCISION CONVENTIONNELLE
OU PAR CRYOCHIRURGIE****TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE**

(biopsies comprises) :

(Naevi, angiomes, lipomes, kératoses actiniques, etc.
sauf les kystes sébacés et les verrues).**Face, cou et organes génitaux**

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01101	sans suture (2*)	15,70	
	avec suture		
01102	2 cm ou moins (PG-28) (1*)	16,80	
01103	2 cm à 5 cm (PG-28) (1*)	73,50	
01104	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	131,25	
	sous anesthésie régionale ou générale		
	avec suture		
01105	2 cm ou moins (PG-28) (1*)	111,80	5
01106	2 cm à 5 cm (PG-28) (1*)	139,70	5
01107	plus de 5 cm (1*)	196,35	5

Autre région

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
	sans suture		
01108	5 cm ou moins (2**)	13,80	
01109	plus de 5 cm (1*)	40,95	
	avec suture		
01121	5 cm ou moins (PG-28) (1*)	36,85	
01122	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	55,35	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01123	5 cm ou moins (PG-28) (1*)	89,40	5
01124	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	123,70	5

NOTE : Maximum de 4 lésions rémunérables
par séance.**AVIS :** Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre
de tumeurs dans la case UNITÉS, sauf pour les
codes d'acte **01101** et **01108**.**AVIS :**(1*) La lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque
la lésion est de forme rectangulaire; inscrire le nombre
de centimètres du côté le plus long du rectangle dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉ-
MENTAIRES.

(2*) Voir la Règle d'application n° 32.

LIPOMATOSE DIFFUSE OU NEUROFIBROMATOSE

+	01126	Exérèse de 5 à 10 lésions.....	150,00	5
S				
+	01051	Exérèse de 11 lésions ou plus	277,00	7

AUTRES CONDITIONS

AVIS : *Pour les codes 01043, 01044, 01045 et 01046, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Kystes sébacés :				
01169		face, cuir chevelu, cou (PG-28)	18,80	5
01172		autres localisations	43,00	5

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables

AVIS : *Utiliser une ligne par lésion.*

Traitement des angiomes plans (excluant les malformations capillaires autorésolutives), des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de moins de 18 ans.

sous anesthésie :				
01110	par cm carré (1*)	26,45	4	
	maximum par séance	264,50		
sans anesthésie :				
01112	par cm carré (PG-28) (1*)	12,25		
	maximum par séance	61,25		

NOTE : Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

AVIS : *(1*)Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.*

R = 1 R = 2

Traitement des angiomes plans, des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, au corps, par laser, chez les patients de moins de 18 ans.

01043	sous anesthésie :		
	par cm carré (1*)	26,45	4
	maximum par séance	264,50	
01044	sans anesthésie :		
	par cm carré (PG-28) (1*)	12,25	
	maximum par séance	61,25	

NOTES : 1. Les actes codés 01043 et 01044 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les actes codés 01043 et 01044.

Traitement des angiomes plans d'une superficie de 6 cm carrés ou plus, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de 18 ans et plus.

01045	sous anesthésie :		
	par cm carré (1*)	26,45	4
	maximum par séance	264,50	
01046	sans anesthésie :		
	par cm carré (PG-28) (1*)	12,25	
	maximum par séance	61,25	

NOTES : 1. Les actes codés 01045 et 01046 ne peuvent être facturés plus de 2 fois par patient, par année.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les actes codés 01045 et 01046.

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.

Laser ablatif

Traitement de tumeurs cutanées secondaires à une génodermatose documentée, par laser ablatif, à la face ou au cou.

01047	sous anesthésie :		
	par cm carré (1*)	30,00	5
	maximum par séance.	300,00	
01048	sans anesthésie :		
	par cm carré (PG-28) (1*)	15,00	
	maximum par séance.	150,00	

NOTES : 1. Les actes codés 01047 et 01048 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

S

Traitement de ch  l  te actinique touchant plus de 50 % de la lèvre, par laser ablatif, par séance.

01049	réalisé en cabinet privé.	150,00
01050	réalisé en établissement.	75,00

NOTE : Les actes codés 01049 et 01050 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par année.

AVIS : (1*)Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.

R = 1 R = 2

TUMEURS CANCÉREUSES

01130 Exérèse d'un mélanome confirmé histologiquement, supplément 96,70

NOTE : L'acte codé 01130 peut être facturé avec les actes codés 01131, 01132, 01133 et 01134.

(biopsies comprises)
par excision chirurgicale

Face, cou et organes génitaux

01131 sous anesthésie locale 115,20

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie

01132 sous anesthésie régionale ou générale (PG-28) 335,35 6

Autre région

01133 sous anesthésie locale 56,90

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie

01134 sous anesthésie régionale ou générale (PG-28) 279,45 6

Excision de lésion cancéreuse de la peau selon la technique de Tromovitch

01199 première couche (PG-28) 276,75 6
D 01190 chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28) maximum 2 couches supplémentaires 110,70

D NOTE : L'exérèse du noyau tumoral ne peut être considérée comme une première couche et ne peut être facturée en sus.

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de couches dans la case UNITÉS.

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :

- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
- l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;

- la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.

NOTE : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit :

- d'un cancer récidivant ou
- d'une tumeur de plus de 1 cm au visage ou au cou ou
- d'une tumeur de plus de 2 cm au niveau des membres supérieurs ou
- d'une tumeur de plus de 3 cm au niveau du tronc ou des membres inférieurs ou
- d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière, une narine, une main, un pied, l'anus ou les organes génitaux si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou
- d'un cancer morphéiforme ou infiltrant

NOTE : Les actes codés 01302 et 01303 ne peuvent pas être facturés dans les cas de mélanome, à l'exception des mélanomes de type lentigo malin superficiel.

NOTE : Les actes codés 01302 et 01303 constituent un honoraire global et incluent les consultations effectuées dans les douze mois précédents, ainsi que les visites principales et les visites de contrôle faites dans les douze mois suivants. Cette note s'applique dans tous les lieux de dispensation.

01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	400,00
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	100,00

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de couches dans la case UNITÉS.

CRYOCHIRURGIE

Tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques
(biopsies comprises) :

NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation.

Ne peut être utilisé pour la cryothérapie.

01143	face, cou et organes génitaux	54,20	5
01144	autre région	27,10	4

R = 1 R = 2

LIPECTOMIE FONCTIONNELLE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01010, 01012 et 01021 sont réclamés.*

01010	Excision du tablier graisseux abdominal	838,35	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	558,90	5
01021	membre inférieur	789,90	5
	Liposuccion d'un lambeau préalablement greffé :		
01210	sous anesthésie locale	67,05	
01211	sous anesthésie générale	101,55	5

ONYCECTOMIE

	doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :		
01215	simple (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	49,20	4
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	184,45	5

SINUS PILONIDAL

	(kyste sacro-coccygien) :		
01217	excision simple (PG-28)	258,15	5
01220	excision et plastie (PG-28)	258,15	5
01221	marsupialisation (PG-28)	258,15	5

EXÉRÈSE DE CORPS ÉTRANGERS

01196	simple (PG-28)	29,40	4
+ 01197	compliquée (faite au bloc opératoire sous anesthésie régionale ou générale)	266,00	6
+	NOTE : l'acte codé 01197 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.		

S

VERRUE ET MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Excision chirurgicale :			
non faciale :			
01222	première (PG-28)	10,10	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune ..	2,50	
	maximum 15 verrues additionnelles		
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.			
faciale :			
01223	première (PG-28)	14,60	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune ..	3,50	
	maximum 9 verrues additionnelles		
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.			
plantaire excluant l'émondage :			
01225	première	17,90	5
	additionnelle (lors de la même séance), chacune ..	5,00	
	maximum de 10 verrues additionnelles par séance		
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.			
01227	en mosaïque (excision totale) par séance	54,20	5
01224	excision totale et plastie	112,45	5
NOTE : Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.			

CAUTÉRISATION

Cryo ou chimiocautérisation - voir cryothérapie et chimiothérapie, à la section *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*

RÉPARATION DE PLAIES (débridement compris)**Lacérations simples**

face et cou :			
Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.			
01320	moins de 1 cm (PG-28)	50,00	5
	par cm additionnel (1*)	19,40	

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	autres localisations : pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
01323	moins de 1 cm (PG-28) par cm additionnel (1*)	40,00 10,40	5
	Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)		
01316	1 ^{er} centimètre (1*) par centimètre additionnel.	110,70 22,15	5
	<u>AVIS :</u> <i>Le service médical codé 01316 doit être facturé seul. Si une ou plusieurs chirurgies sont effectuées au cours d'une même séance opératoire, utiliser le code 01317.</i>		
	au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément		
01317	1 ^{er} centimètre par centimètre additionnel (1*)	26,25 10,50	
	<u>AVIS :</u> <i>Le service médical codé 01317 est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code d'acte 01316.</i>		

Lacérations compliquées

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.
À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

01322	face et cou : moins de 2,5 cm (PG-28) par 2,5 cm additionnels. maximum payable pour l'ensemble des plaies	105,00 36,75 656,25	5
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case UNITÉS. Exemple 2,5 cm = 1 unité</i>		

Joindre le compte rendu opératoire.

AVIS : (1*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres
dans la case UNITÉS.*

		R = 1	R = 2
+ 01325	plaies étendues, multiples ou compliquées faites en salle d'opération, sous anesthésie générale (PG-28) .	415,00	5
+	NOTE : l'acte codé 01325 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.		
#	<u>AVIS :</u> <i>Le protocole opératoire est obligatoire pour l'appréciation de ce service.</i>		
	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)	7,80	
	valeur maximum	140,40	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une ligne par site en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.</i>		
01032	sous anesthésie régionale ou générale		
	chaque unité de 1 cm	10,00	5
	valeur maximum	350,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.</i>		
T 01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	263,00	6
S			

R = 1 R = 2

BRÛLURES

	débridement isolé de brûlures moins de 10 % de la surface corporelle Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé		
01345	entre 10 % et 30 % de la surface corporelle, par cm (PG-28)	0,55	8
	valeur maximum	137,50	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de centimètres dans la case UNITÉS.*

01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux (PG-28)	473,95	8

01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant.	600,00	8

AVIS : *Joindre le compte rendu opératoire.*

	Escharotomie de décompression chez les brûlés		
01346	tronc (PG-28)	105,00	5
01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28)	100,00	5
01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	105,00	5

NOTES : 1. Les services médicaux codés 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les services médicaux codés 01339 et 01345.

2. Si une ou des fasciotomies sont nécessaires, à la même séance et sur le même segment de membre qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.

01334	changement de pansements sous anesthésie au bloc opératoire incluant le débridement.	315,00	7
01340	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément.	105,00	
01321	injections multiples de Kénalog sous anesthésie générale, par quart d'heure	44,70	6

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

RÉSECTION D'UN MONITEUR DE LAMBEAU

01033	Résection d'un moniteur de lambeau cutané, musculaire et/ou muqueux	150,00	6

R = 1 R = 2

GREFFE CAPILLAIRE

01338	par greffon	5,00	4
	maximum par séance	350,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de greffons dans la case UNITÉS.

Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire.

MICRO-GREFFE CAPILLAIRE

01324	par unité folliculaire	2,10	
	maximum par séance	2 625,00	
	maximum par patient	5 250,00	

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et joindre le compte rendu opératoire.

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités folliculaires pour une même séance dans la case UNITÉS.

GREFFES CUTANÉES OU GREFFES CULTIVÉES

A moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.

01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons).	73,50	4
01360	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraf) première application	110,25	5
01361	application additionnelle ou subséquente	27,95	4

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'applications dans la case UNITÉS.

**GREFFES PAR GLISSEMENT, ROTATION
OU TRANSPOSITION**

NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % (MOD=014). Cette note s'applique aux actes codés 01365, 01367 et 01373.

	Lambeau		
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	301,80	5
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	296,20	4
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	458,30	5
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.		
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28) . .	1 006,00	6
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
01353	sans microchirurgie	1 023,75	6
D ----	avec microchirurgie	(voir greffe libre)	
	Transfert d'un lambeau : sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :		
01368	en un temps (PG-28)	556,50	5
01369	en deux temps	472,50	6
01336	Transfert d'un gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28).	1 089,85	8

GREFFE PÉDICULÉE (à distance)

	stage majeur :		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	367,50	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	503,00	7
	stage secondaire :		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	262,50	6
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	262,50	5
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	157,50	4

GREFFE LIBRE

NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % (MOD=014). Cette note s'applique aux actes codés 01385, 01395, 01423, 01424, 01425 et 01426.

01362	bout du doigt (PG-28)	223,55	6
01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	251,50	6
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services	2 535,00	18
	tête et cou :		
01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	315,00	6
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	491,85	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28)	577,50	6
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	220,05	5
01356	cavité nasale (PG-28)	276,75	5
01357	cavité buccale	319,75	5
01358	sous une greffe pédiculée	149,45	4
01359	cavité osseuse importante	245,70	5
	autres régions :		
01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	245,90	5
01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	368,85	5
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	614,80	5
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	6,40	
	maximum par séance	1 024,40	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 6 centimètres carrés excédentaires à 600 centimètres carrés dans la case UNITÉS.

Additionner au total obtenu une unité supplémentaire.

Exemple : 2 centimètres carrés excédentaires à 600 centimètres carrés = 2 unités. Incrire dans la case UNITÉS : 3 unités totales.

		R = 1	R = 2
01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil (PG-28)	637,15	8
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	1 453,15	15
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	1 365,00	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant un ou plusieurs pédicule(s) vasculaire(s)	2 103,45	18
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 743,65	18
01427	cutané, supplément	132,85	
01428	musculaire, supplément	127,75	
01429	osseux, supplément	127,85	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	184,50	
01431	nerveuse, supplément	125,65	
+	NOTE : Les suppléments codés 01427, 01428, 01429, 01430 et 01431 ne s'appliquent qu'aux actes codés 01425 et 01426.		
01387	Lambeau jambes croisées	425,80	8
01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	160,55	7
01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	394,95	6
AVIS : <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code 01395 est réclamé, sauf lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contre-latérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
01035	si injection de 150cc à 299cc de graisse, supplément . .	150,00	
01036	si injection de 300cc ou plus de graisse, supplément . .	300,00	
01396	Greffe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépiphysiodèse, supplément	111,80	
	NOTE : L'acte codé 01396 ne peut être facturé avec l'acte codé 01395 à la même séance.		

DERMABRASION : SABLAGE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes **01310**, **01311** et **01312** sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :		
01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	170,75	6
01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	117,90	6
01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	84,20	5

CORRECTION CHIRURGICALE OU AU LASER DE CICATRICES POST-TRAUMATIQUES OU CHIRURGICALES

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes **01405**, **01406**, **01416** et **01417** sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.*

	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
01405	moins de 4 cm (PG-28)	75,90	6
01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	279,45	6
01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	380,05	6
01417	de 21 cm et plus (PG-28)	472,50	6

SEINS

NOTE : Malgré la règle 8 de l'Addendum 4 - Chirurgie, tout acte réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

AVIS : *Utiliser le modificateur **414** pour réclamer à 100 % tout acte réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance.*

Incision

01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	96,50	6

Excision

01201	Biopsie incisionnelle ou excisionnelle pour lésion bénigne ou maligne simple ou multiple du sein (PG-28)	201,70	6
01250	après localisation par harponnage ou par stéréotaxie, supplément	61,50	

		R = 1	R = 2
01205	Mastectomie partielle ou tumorectomie pour pathologie bénigne ou maligne, incluant la biopsie à la même séance, le cas échéant, excluant la gynécomastie chez l'homme de plus de 18 ans (PG-28).....	383,60	6
01251	après localisation par harponnage, supplément.	61,50	
01252	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément ..	147,55	
01228	avec dissection axillaire, supplément	356,60	
01230	Mastectomie simple ou totale	542,35	6
T 01037	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément ..	147,55	1
01038	Mastectomie totale avec préservation cutanée et/ou du complexe aréolo-mamelonnaire	700,00	7
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	891,50	6
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	983,75	8
	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie unilatérale	253,60	6
01234	bilatérale	362,25	6
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes d'acte 01233 et 01234 sont réclamés chez un patient de plus de 18 ans.</i>		
01176	Capsulectomie totale du sein (PG-28)	380,05	4
	NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique		
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % pour le médecin spécialiste en chirurgie plastique. (MOD=014)		
01235	Excision du mamelon	58,15	5

Réparation

NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes **01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419** et **01465** sont facturés.*

*Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale suite à une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes **01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419** et **01465**. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

*Lorsque le code **01435** est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, indiquer le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

		R = 1	R = 2
01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale pré ou rétro-pectorale	581,25	6
01039	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	2 012,05	10
01407	Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal sans implant	1 466,90	10
01410	avec implant	1 704,65	10
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	215,20	
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole		
01386	par greffe (PG-28)	423,15	5
01388	par tatouage (PG-28)	423,15	5
01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	338,50	
	Réduction mammaire		
01434	unilatérale	620,60	6
	NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).		
01435	bilatérale (PG-28)	894,25	6
	NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 grammes par sein).		
01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	190,05	
01465	Mastopexie	614,80	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28)	245,90	4
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	440,10	5
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28)	530,35	5
	NOTE : L'acte codé 01419 ne peut être facturé avec l'acte codé 01408 à la même séance.		
01040	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1

GLANDES SUDORIPARES AVEC OU SANS GREFFE PAR GLISSEMENT

	Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée		
01432	sans greffe (PG-28)	134,10	5
01433	avec greffe.	564,20	5

FISTULE CUTANÉE

01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique	96,50	5
01415	Profonde sous-aponévrotique	134,15	5

CHIRURGIE PLASTIQUE

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

01451	Intervention très mineure (PG-28) (1*)	39,10	5
01452	Intervention mineure (PG-28) (1*)	105,00	6
01453	Intervention moyenne (PG-28) (1*)	144,20	6
01454	Intervention majeure (PG-28) (1*)	183,75	6
T 01455	Intervention très importante (PG-28) (1*)	230,00	9

AVIS : *Le protocole opératoire est obligatoire pour l'appréciation de ce service (01455).*

01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement	564,20	6

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire.*

T 01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée . .	500,00	10

AVIS : *(1*) Les codes d'acte 01451, 01452, 01453, 01454 et 01455 sont des codes d'acte C.S. au tarif. Les montants sont inscrits seulement à titre de référence (voir la règle 16 du préambule général).*

		R = 1	R = 2
01459	Implantation de matière allogène : À la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28)	131,30	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28)	115,00	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée (PG-28) (1*)	726,55	5
01041	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1
	NOTE : L'acte codé 01041 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.		
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		
01000	Gonflement(s) subséquent(s), par séance.	57,00	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28) (1*)	705,25	5
01042	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	300,00	1
	NOTE : L'acte codé 01042 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.		
	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		

AVIS :

(1*) *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01463 et 01464 sont réclamés, sauf lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Joindre le compte rendu opératoire.

INDEX

Page

ADDENDUM 5 - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE	G-2
Crâne et face	G-5
Squelette axial	G-7
Colonne vertébrale	G-7
Thorax	G-14
Bassin	G-14
Extrémités - membres supérieurs	G-16
Épaule	G-16
Bras (humérus)	G-20
Coude	G-22
Avant-bras	G-25
Main et poignet	G-27
Extrémités - membres inférieurs	G-33
Hanche	G-33
Cuisse	G-35
Fémur	G-35
Genou	G-38
Tibia et péroné	G-41
Cheville	G-44
Pied	G-46
Bourse séreuse	G-50
Muscles	G-51
Tendons, gaines tendineuses, aponévroses et ligaments	G-51
Divers	G-54
Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence	G-57
Microanastomose	G-58
# Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes	G-58

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

ADDENDUM 5. - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

DÉFINITIONS

Dans ce préambule, on entend par les termes :

Os mineur : un os de la main ou du pied, sauf le calcanéum et l'astragale.

Tout autre os est considéré comme os majeur.

Réduction ouverte : la réduction chirurgicale d'une fracture comportant soit l'exposition du site de la fracture, soit sa fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit sa fixation par un appareillage externe.

Réduction fermée : la réduction d'une fracture sans chirurgie sur le site de la fracture et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et la contention par plâtre.

Le terme « chirurgie » s'entend de toutes les interventions visées par cet addendum.

RÈGLE 1.

1.1 Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction.

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

1.3 La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

AVIS : Voir les codes d'acte **15131** ou **15132** à l'onglet B - Tarification des visites à la spécialité de chirurgie orthopédique.

RÈGLE 2.

2.1 Le chirurgien qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation et qui s'en remet au médecin traitant pour le reste, n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors la règle de l'addendum de chirurgie; toutefois, dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant. (MOD=027)

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

RÈGLE 3.

3.1 Le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction, s'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs. (MOD=010)

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif pour le traitement de chaque os mineur. (MOD=050)

3.2 Un seul honoraire est exigible, s'il s'agit de fractures multiples du même os.

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes, le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction. (MOD=049)

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture. (MOD=049)

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=134)

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=150)

RÈGLE 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte. (MOD=039)

RÈGLE 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

RÈGLE 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

RÈGLE 7.

7.1 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=030)

7.2 On accorde un honoraire de 63,90 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=064)

7.3 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction. (MOD=169)

RÈGLE 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

RÈGLE 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 10.

- + **FORFAIT POUR CHIRURGIES TUMORALE OU ONCOLOGIQUE COMPLEXES** (chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire)
- + Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgies tumorale ou oncologique d'une durée anesthésique de deux heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : Voir les codes d'acte **02188, 02189, 02192, 09566, 09567, 18171, 18172 et 18173.**

RÈGLE 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

RÈGLE 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée (MOD=172).

AVIS : Pour l'utilisation des multiples du modificateur **172**, vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement du présent manuel.

RÈGLE 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS : Voir les codes d'acte **19052, 18000 à 18006.**

Le médecin désigné qui effectue un déplacement de plus de 40 kilomètres de son établissement de pratique principal a également droit au paiement de ses frais de déplacement, selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 1 de l'annexe 23 de l'Accord-cadre.

AVIS : Indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro d'établissement de pratique principal ou son code postal correspondant au lieu de départ.

AVIS : Pour les instructions de facturation, vous référer à l'onglet Frais de déplacement et de séjour, à l'annexe 23 du Manuel des médecins spécialistes.

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

CRÂNE ET FACE*Arthrocentèse*

T 18130	articulation temporo-mandibulaire unilatérale (PG-28) . .	169,75	5

Arthroplastie

T 02339	temporo-mandibulaire unilatérale	537,05	6

Biopsie

T 09550	ouverte (unique ou multiple) (PG-28)	165,00	6

Manipulation sous anesthésie générale

T 02862	temporo-mandibulaire	63,85	5

Excision

02206	condylectomie unilatérale	236,30	5
T 09551	tumeur bénigne (PG-28)	287,70	6
T 09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse .	394,80	7
T 02112	hémimandibulectomie	319,35	7
02203	mandibulectomie totale	450,00	8
T 02204	maxillectomie supérieure totale	489,60	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite . .	644,20	12
02207	ménisectomie temporo-mandibulaire	287,60	5

Fractures

T 02512	arcade zygomatique : réduction ouverte	117,80	5
	crâne traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		

		R = 1	R = 2
	fracture simple avec enfoncement		
T 07500	dure-mère intacte	476,65	10
07501	avec déchirure de la dure-mère	467,90	10
07502	avec traumatisme cérébral important	456,90	10
T 07503	intéressant les sinus	614,80	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée	450,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
T 07505	dure-mère intacte	417,50	10
T 07506	avec déchirure de la dure-mère	479,75	10
T 07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	631,90	15
T 18131	mise en place d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	210,00	4
T 18132	exérèse d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	83,85	4
T 02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	21,75	
T 02509	réduction fermée	55,90	4
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
T 02520	unilatérale	525,00	6
T 02521	bilatérale	787,50	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	210,90	5
T 02523	ménisectomie	326,00	5
02524	ablation de l'apophyse coronoïde	98,40	5
	maxillaire supérieur		
02508	réduction fermée	50,00	5
T 02515	réduction ouverte	184,45	7
T 02516	fracture 1/3 moyen de la face	894,25	10
T 02518	disjonction cranio-faciale	704,10	12
	nez		
T 02527	réduction (PG-28)	132,85	4
	os malaire		
T 02507	réduction fermée	146,70	6
	réduction ouverte		
T 02513	simple	210,00	5
T 02514	avec ostéosynthèse	447,10	5
02522	par voie sinusale	236,30	5
	<i>Incision et drainage</i>		
T 02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	515,95	4
T 09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28)	281,35	4
	<i>Luxation</i>		
	temporo-mandibulaire		
T 02525	réduction fermée (PG-28)	70,40	5
T 02526	réduction ouverte	141,45	5

Ostéotomie

T 02017	maxillaire inférieur unilatéral	630,00	12
T 02018	maxillaire supérieur unilatéral		
T 02019	sans greffe osseuse (PG-28)	608,90	10
T 02009	avec greffe osseuse	924,85	15
02031	ostéotomie dento-alvéolaire	479,00	10
	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de		
	segments dentaires en 2 ou plusieurs sections	736,30	10
	reconstruction totale de l'orbite		
T 02089	ostéotomie et greffe osseuse		
T 02090	par voie intracrânienne	2 415,00	18
	par voie extracrânienne	1 058,40	15

Reconstruction

T 02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (auto-		
	greffe prise à un site différent de la zone à greffer)	382,20	12
T 02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un		
	site différent de la zone à greffer) (PG-28)	386,40	12
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
T 02443	correction d'hypertélorisme		
T 02444	voie intracrânienne	2 484,75	18
02099	voie extracrânienne	2 093,80	18
	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec		
	microanastomoses	420,00	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 800,00	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
T 02446	simple	1 312,50	15
T 02447	en deux segments	1 354,10	15
T 02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale,		
	le cas échéant	1 540,25	18
T 02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire . .	498,20	8

SQUELETTE AXIAL**COLONNE VERTÉBRALE**

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service.

02170	approche thoracique ou abdominale :	200,00 \$
02171	approche thoraco-abdominale :	400,00 \$

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

T 02915	greffe seulement		
	un niveau	720,10	10
T 02916	deux niveaux	779,60	10
02917	trois niveaux ou plus	800,00	12
	greffe avec instrumentation		
	un niveau	1 000,00	12
T 02183	deux niveaux	1 050,00	12
T 02184	trois niveaux ou plus	1 260,00	15
02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées).	350,00	6
T 02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	207,20	4

Biopsie

02119	corps vertébral	350,00	7
02109	d'un élément postérieur	200,00	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 actes codés 02763, 02830, 02832, 02837 et 02838.

D 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 (actes codés 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique *Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe*.

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

T 02755	lombaire	840,00	15
T 02758	dorsale ou cervicale	823,00	15
T 02763	avec greffe, supplément	210,00	
T 02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément.	525,00	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément.	700,00	

R = 1 R = 2

		avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
T	02837	un niveau, supplément.	682,50	
T	02838	deux niveaux ou plus, supplément.	892,50	
S				

*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		
T	02210	un niveau	664,10	12
T	02217	deux niveaux ou plus.	779,50	12
		dorsale		
T	18123	un niveau	1 200,00	15
		lombaire		
T	02216	un niveau	823,00	8
T		chaque niveau additionnel	127,40	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le
nombre de niveaux dans la case UNITÉS.

		avec greffe		
		cervicale ou dorsale		
	02910	un ou plusieurs niveaux.	975,50	12
		lombaire		
T	02922	un niveau	946,65	12
T	02924	deux niveaux ou plus.	1 058,05	12
		avec greffe et instrumentation		
		cervicale ou dorsale		
	02923	un ou plusieurs niveaux.	1 050,00	15
		lombaire		
T	02022	un niveau	1 193,55	12
	02024	deux niveaux ou plus.	1 150,00	15
		voie antérieure		
		cervicale		
		avec ou sans greffe		
T	02173	un niveau	866,10	12
T	02196	deux niveaux ou plus.	1 105,00	12
		avec greffe et instrumentation		
T	02140	un niveau	952,70	15
T	18133	deux niveaux ou plus.	1 146,75	15
		avec remplacement par prothèse artificielle		
T	18134	un niveau	1 013,40	15
T	18135	deux niveaux	1 306,50	15
		dorsale ou lombaire		
		sans greffe		
	02087	un niveau	650,00	12
	02111	deux niveaux ou plus.	750,00	12

		R = 1	R = 2
	avec greffe		
02117	un niveau.	850,00	12
T 02124	deux niveaux ou plus.	995,95	12
	avec greffe et instrumentation		
02128	un niveau.	1 050,00	12
02136	deux niveaux ou plus.	1 150,00	12
	avec remplacement par prothèse		
02942	un niveau.	1 250,00	12
02947	deux niveaux ou plus.	1 350,00	15
<i>Excision</i>			
02123	apophyse épineuse.	200,00	5
02272	apophyse transverse.	600,00	8
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux.	1 000,00	12
T 02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoléctomies.	1 260,00	18
18124	si exérèse d'un deuxième corps vertébral ou plus, supplément.	400,00	
T 02221	greffe et instrumentation, supplément.	420,00	
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
T 02142	un niveau, supplément.	572,25	
02143	deux niveaux ou plus, supplément.	750,00	
NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.			
<i>Exérèse</i>			
02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	400,00	6
<i>Fracture - colonne</i>			
NOTE : Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), le modificateur s'applique. (MOD=150)			
fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire			
T 09569	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation).	367,50	6
	réduction ouverte		
T 09570	approche postérieure.	682,50	18
09571	approche postérieure avec greffe osseuse.	850,00	18
09572	approche postérieure avec instrumentation.	1 000,00	18
09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe. .	1 350,00	18
T 09574	approche antérieure.	633,45	18
09575	approche antérieure avec greffe osseuse.	813,00	18
T 09576	approche antérieure avec instrumentation.	1 036,10	18
09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe. .	1 350,00	18

AVIS : Le modificateur **150** s'applique aux codes d'acte **09570** à **09577**.

		R = 1	R = 2
T 02226	vissage de l'odontoïde	1 050,00	18
02214	coccyx excision	350,00	5
<i>Incision et drainage</i>			
T 02044	séquestrectomie et drainage par voie antérieure	682,50	10
02045	par voie postérieure	650,00	6
02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	866,10	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 actes codés 02003, 02004, 02005, 02133, 02134 et 02135.
Un seul de ces suppléments est applicable par patient, par médecin, par séance.

02025	de la colonne un niveau	1 150,00	12
	chaque niveau additionnel	400,00	
	maximum	1 550,00	
	avec greffe		
02003	un niveau, supplément	200,00	
02004	deux niveaux, supplément	200,00	
T 02005	trois niveaux ou plus, supplément	310,85	
	avec greffe et instrumentation		
02133	un niveau, supplément	500,00	
02134	deux niveaux, supplément	500,00	
02135	trois niveaux ou plus, supplément	600,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.

Ponction (aspiration, injection)

02329	chémonucléolyse, un niveau ou plus, incluant la disographie, le même jour	200,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Scoliose</i>			
	correction par approche postérieure du rachis sans instrumentation (in situ)		
02450	premier niveau	700,00	12
	niveau additionnel	134,70	
	maximum	834,70	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.			
02343	avec instrumentation segmentaire incluant la greffe, le cas échéant	2 000,00	18
02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	200,00	
18125	avec ostéotomie, un niveau, supplément	300,00	
18126	avec ostéotomie, deux niveaux ou plus, supplément	500,00	
	correction par approche antérieure du rachis sans instrumentation		
02458	thoracique ou abdominale	700,00	15
02459	thoraco-abdominale	850,00	18
02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	150,00	
	avec instrumentation		
02461	thoracique ou abdominale	2 000,00	15
02462	thoraco-abdominale	2 000,00	18
02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	150,00	
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
02228	premier niveau	700,00	12
02229	par niveau relâché et greffé, supplément	200,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.			
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
02283	temps antérieur	1 299,10	18
02284	temps postérieur	1 000,00	18
02293	temps combinés	2 200,00	18
02340	avec instrumentation et greffe, supplément	500,00	
02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	550,00	8
02399	relâchement musculotendineux de la concavité.	274,80	6
NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			

		R = 1	R = 2
02362	révision pour pseudarthrose sans instrumentation un niveau niveau additionnel	700,00 200,00	6
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de niveaux dans la case UNITÉS.			
NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.			
02369	thoracoplastie.	416,85	7
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec 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.	971,25	18
	tractions pour scoliose		
02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	150,00	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	360,05	7
09555	exérèse de l'appareillage.	105,00	5
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis . .	200,00	

THORAX*Biopsie*

02066	costale ouverte	189,00	6

Excision

02114	de première côte	336,00	6
02116	de côte cervicale	352,80	6
	de côte avec drainage		
02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	321,70	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	840,75	10

Fracture

S

	du sternum		
02533	réduction fermée	140,60	4
02535	réduction ouverte	182,00	7
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	310,00	7

Reconstruction

02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno- chondroplastie) avec atteinte fonctionnelle	823,60	15
18128	exérèse d'une ou plusieurs barres métalliques après correction de pectus carinatum ou excavatum (PG-23)	400,00	8
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale avec atteinte fonctionnelle	170,95	6

NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les actes codés 02503 et 02504.

AVIS : Pour les codes **02503** et **02504**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

BASSIN*Amputation*

02215	hémipelvectomie	960,00	15

Arthrodèse

02935	sacro-iliaque	750,00	8

		R = 1	R = 2
	<i>Biopsie osseuse</i>		
02062	ouverte	250,00	5
	<i>Désinsertion</i>		
02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter).	450,00	6
	<i>Excision</i>		
02130	tumeur bénigne	450,00	8
02131	tumeur bénigne avec ostéosynthèse	600,00	10
02132	tumeur maligne	600,00	8
02137	tumeur maligne ostéosynthèse	750,00	10
	<i>Exérèse</i>		
18079	de plaque et vis, bassin ou acétabulum	350,00	8
18080	de vis, bassin ou acétabulum	200,00	6
	<i>Fractures</i>		
	symphyse pubienne		
	réduction ouverte		
18081	avec fixateur externe	550,00	7
18082	avec plaque et vis	700,00	7
	fracture du sacrum ou fracture luxation sacro-iliaque ou luxation sacro-iliaque ou fracture de la crête iliaque extra-articulaire		
18083	réduction fermée et fixation percutanée.	750,00	7
02572	réduction ouverte	1 000,00	8
	acétabulum		
02581	réduction fermée, luxation centrale	250,00	6
18084	réduction ouverte avec vis ou plaque et vis mur postérieur isolé	1 000,00	8
02580	avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 950,00	18
	fracture de une ou deux colonnes		
18085	réduction fermée et fixation percutanée.	900,00	8
	NOTE : L'acte codé 18085 ne peut pas être facturé avec un autre acte de fracture du bassin à la même séance.		
	réduction ouverte		
18086	par abord de Smith-Peterson ou Kocher ou Stoppa et fixation par plaque et vis	1 400,00	15
18087	par abord ilio-inguinale, triradiée ou ilio-fémorale étendue ou 2 abords	1 700,00	15
02707	malunion, pseudarthrose ou présentation tardive (21 jours, Malgaigne) incluant approche antérieure et postérieure, ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 950,00	18
	<i>Greffe osseuse</i>		
02774	greffe osseuse au bassin.	373,30	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

R = 1 R = 2

Incision et drainage

18088	abcès d'ostéomyélite, fenestration ou forage, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	315,00	5

Ostéotomie

02000	supra-acétabulaire (type Salter, Chiari ou « shelf »)	1 200,00	8
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 600,00	18

EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS**ÉPAULE**

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02281	désarticulation gléno-humérale	700,00	6
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	1 100,00	10

Arthrodèse

02925	gléno-humérale	1 000,00	10
02965	scapulo-thoracique	1 000,00	10

Arthrolyse

02973	gléno-humérale, toute technique	450,00	8
NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.			

Arthroplastie

02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	700,00	10
02407	prothèse totale gléno-humérale	1 000,00	12
+ 18176	prothèse totale gléno-humérale inversée	1 000,00	12

D *Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe à l'humérus et/ou à la glène, le cas échéant)*

T 18139	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	10

S

		R = 1	R = 2
T 18089	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et glénoïdienne et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou la fenêtre)	1 500,00	15
T 18090	en deux temps premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) . .	1 200,00	12
T 18091	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant).	1 200,00	12
T 18092	remplacement de la composante glénoïdienne seulement (incluant le changement de la tête humérale modulaire, le cas échéant)	1 000,00	10
T 18093	remplacement de la composante humérale complète seulement.	1 000,00	12

S

Arthroscopie

02034	simple gléno-humérale incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	250,00	5
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	300,00	6

Arthrotomie

02037	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire : gléno-humérale	350,00	5
NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.			

Biopsie

02084	clavicule ou omoplate à l'aiguille.	150,00	4
02085	ouverte.	250,00	6

Examen et manipulation

02833	Examen et manipulation sous anesthésie au bloc opératoire	200,00	4
NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.			

Excision

02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la ménisectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux.	350,00	6
02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la ménisectomie, le cas échéant.	350,00	6
02220	tête humérale.	450,00	6
02778	tumeur bénigne de la clavicule.	350,00	6
02779	tumeur bénigne de la clavicule avec ostéosynthèse.	450,00	6
18140	tumeur bénigne de l'omoplate.	450,00	6
18127	tumeur bénigne de l'omoplate avec ostéosynthèse.	700,00	8
02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe.	550,00	7
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	750,00	8

Exérèse

02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28) .	150,00	5

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate.	250,00	6
02976	de prothèse simple incluant, le cas échéant, la synovectomie.	550,00	6
02977	de prothèse totale incluant, le cas échéant, la synovectomie.	700,00	6

Fracture

02537	clavicule réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie.	450,00	6
02536	omoplate réduction ouverte col ou glène, une approche.	700,00	7
18141	col ou glène, deux approches.	850,00	8

Grefe

02346	greffe osseuse ouverte à la clavicule ou à l'omoplate.	300,00	5
NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site.			

		R = 1	R = 2
<i>Luxation</i>			
	acromio-claviculaire		
18096	réduction fermée et fixation percutanée.	200,00	5
02548	réduction ouverte.	450,00	6
	gléno-humérale		
T 02546	réduction fermée (PG-28)	118,65	5
02549	réduction ouverte.	650,00	6
NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site.			
cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique)			
02573	de type Magnuson ou Putti-Platt.	450,00	6
02575	de type Bankart ou Bristow.	650,00	6
18097	fixation transosseuse de lésion « slap ».	450,00	6
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante.	800,00	6
18142	si greffe osseuse à la tête humérale ou glène, supplément.	100,00	
	sterno-claviculaire		
T 02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement, sous-anesthésie au bloc opératoire.	157,50	5
02547	réduction ouverte.	500,00	6
<i>Ostéotomie</i>			
NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.			
02095	clavicule.	450,00	6
T 02094	omoplate.	735,00	6
<i>Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant</i>			
02144	pour rupture du tendon du biceps proximal ou ténodèse du biceps isolé incluant, le cas échéant, la transposition du tendon.	350,00	6
02145	pour rupture du tendon du biceps distal.	500,00	6
	coiffe des rotateurs		
18098	réparation ou reconstruction de la coiffe incluant, le cas échéant, l'acromioplastie.	650,00	6
18099	si ténodèse du biceps associée, supplément.	50,00	
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant.	650,00	6
<i>Scapulopexie</i>			
02344	pour élévation congénitale (scapula alata).	1 000,00	8

Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)

02231	gléno-humérale	600,00	7
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet Musculo-squelettique au même site, à la même séance.		

BRAS (HUMÉRUS)*Allongement ou correction incluant l'ostéotomie*

02892	Allongement avec ou sans greffe	1 300,00	12
02839	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) un niveau	900,00	12
02840	deux niveaux	1 227,10	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	1 100,00	12

Amputation

02280	au bras	600,00	5

Biopsie osseuse

02174	à l'aiguille	150,00	5
02175	ouverte	250,00	5

Excision

02176	tumeur bénigne osseuse	350,00	6
T 02177	tumeur bénigne osseuse avec ostéosynthèse	700,00	11
T 02193	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02178	tumeur maligne osseuse	700,00	7
T 02179	tumeur maligne osseuse avec ostéosynthèse	850,00	14
T 02194	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	300,00	6
	NOTE : L'acte codé 02195 est facturable avec les actes codés 02178 et 02179.		
----	excision de la tête humérale (Voir épaule)		

		R = 1	R = 2
Exérèse			
02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28).	200,00	6
	AVIS : <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</i>		
02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal incluant, le cas échéant, la réparation de coiffe ou la bursectomie ou les deux	300,00	6
02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	350,00	6
Fasciotomie			
02011	au bras	315,00	6
Fractures			
	col chirurgical sans luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant		
02605	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
02568	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	7
02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	700,00	7
	col chirurgical avec luxation de la tête, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant		
02606	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	7
02598	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	6
02631	réduction ouverte	700,00	7
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse	950,00	8
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
	trochin-trochiter		
02632	réduction ouverte, incluant la réparation ou la reconstruction de la coiffe, le cas échéant	550,00	7
	diaphyse		
02608	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
	réduction ouverte :		
02633	avec fixation par plaque et vis ou fixateur externe . .	700,00	7
18100	par enclouage à foyer ouvert ou fermé	600,00	7
18101	verrouillage proximal ou distal ou les deux, une vis ou plus, supplément	100,00	2
	sus ou transcondylienne ou trochlée		
02609	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	200,00	6
02640	réduction fermée et fixation percutanée	400,00	6
02634	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie de l'olécrane	800,00	7

		R = 1	R = 2
02610	condyle, épicondyle ou épitrochlée		
02912	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	157,50	6
02635	réduction fermée et fixation percutanée	300,00	7
02921	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée .	400,00	7
02921	réduction ouverte du condyle	500,00	7

Grefe osseuse

02363	humérus.	450,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

Incision et drainage

02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	400,00	6

Ostéotomie

02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement incluant, le cas échéant, ROFI et greffe	800,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

COUDE

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *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	630,00	4

Arthrodèse

02927	du coude	800,00	6

Arthroplastie

18143	d'interposition par fascia (allogreffe)	700,00	8
18144	dermaplastie d'interposition incluant le positionnement du fixateur externe et, le cas échéant, le prélèvement des greffes.	1 000,00	8
	NOTE : Les actes codés 18143 et 18144 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
02404	par prothèse totale	1 000,00	8

			R = 1	R = 2
D	<i>Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc à l'humérus et/ou au cubitus, le cas échéant)</i>			
T	18145	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie et le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	7
S				
T	18146	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et cubitale et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou cubitale ou la fenêtre)	1 500,00	12
		en deux temps :		
T	18147	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) . .	1 200,00	10
T	18148	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant).	1 200,00	10
S				
	<i>Arthrotomie</i>			
	02039	du coude incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger (souris articulaire)	350,00	5
	02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	550,00	8
	02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 200,00	12
	<i>Arthroscopie</i>			
	02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	250,00	5
	02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire	300,00	5
		NOTE : Le service médical codé 02987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	550,00	8
	<i>Désinsertion</i>			
	02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	200,00	5

		R = 1	R = 2
<i>Examen et manipulation</i>			
02834	Examen et manipulation (SAG).	200,00	4
	NOTE : Le service médical codé 02834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Excision</i>			
02222	tête radiale.	350,00	6
02230	tête radiale avec remplacement	450,00	6
<i>Exérèse</i>			
02989	de prothèse totale	700,00	6
<i>Luxation</i>			
02662	réduction fermée (PG-28)	150,00	4
	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
18035	ligament interne ou externe	450,00	5
18036	ligaments interne et externe.	650,00	5
18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément.	200,00	
18151	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante excluant la réparation ligamentaire	319,60	5
	NOTE : Le service médical codé 18151 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	113,00	4
<i>Reconstruction</i>			
	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
18038	ligament interne ou externe	550,00	6
18039	ligaments interne et externe.	750,00	6
18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément.	200,00	
<i>Synovectomie</i>			
02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28)	600,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

AVANT-BRAS*Amputation*

02278	amputation	600,00	4

Biopsie - radius ou cubitus

02991	à l'aiguille	150,00	4
02992	ouverte	250,00	6

Excision

09548	olécrane avec ou sans fascia plastie	250,00	6
	tumeur - radius ou cubitus		
02993	tumeur bénigne (PG-28)	350,00	8
02994	tumeur bénigne avec ostéosynthèse	600,00	8
T 02746	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02995	tumeur maligne	650,00	8
T 02996	tumeur maligne avec ostéosynthèse	850,00	11
T 02722	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	315,00	4
D 02723	avec prothèse, supplément	210,90	2

NOTE : L'acte codé 02723 est facturable avec les actes codés 02995 et 02996

Exérèse

02315	plaque et vis - radius (PG-28)	250,00	6
02314	plaque et vis - cubitus	200,00	6
02316	plaque et vis - radius et cubitus	350,00	6
02317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28) (1*)	150,00	5
02998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28) (1*)	200,00	5

Fasciotomie

T 02020	un compartiment	367,50	6
02021	deux ou plusieurs compartiments	400,00	6

(1*) Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 -
Appareil musculo-squelettique).

		R = 1	R = 2
<i>Fractures</i>			
	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)	150,00	6
18042	réduction ouverte	400,00	8
	fracture - épiphyse distale radius		
18064	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	6
	réduction ouverte		
18065	une incision	500,00	8
18152	deux incisions	650,00	8
	fracture - radius et cubitus		
02651	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	5
02652	réduction ouverte	650,00	8
	réduction fermée et fixation par broche(s)		
18043	radius ou cubitus proximal ou distal	200,00	6

Greffe

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

02359	cubitus	300,00	6
02358	radius	350,00	6

		R = 1	R = 2
02360	radius et cubitus.	437,20	8
	<i>Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</i>		
02904	radius ou cubitus.	400,00	6
02905	radius et cubitus.	564,20	8
	<i>Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation</i>		
02906	radius ou cubitus.	450,00	6
02907	radius et cubitus.	650,00	8
02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie.	1 300,00	12
	<i>Reconstruction</i>		
02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	1 150,00	8
MAIN ET POIGNET			
	<i>Amputation</i>		
02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28).	157,50	6
02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28).	157,50	6
09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28).	262,50	6
02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28) ...	268,50	6
02276	désarticulation du poignet (PG-28)	500,00	6
	<i>Allongement</i>		
02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 750,00 \$) (PG-28)	250,00	5
	<i>Arthrodèse</i>		
02928	pouce (PG-28)	367,50	6
02929	doigt (PG-28)	367,50	6
18153	partielle du poignet intercarpienne (PG-28)	600,00	6
02926	totale du poignet (PG-28)	800,00	6
	NOTE : Les services médicaux codés 02926 et 18153 ne peuvent être facturés avec un autre acte au carpe ou au poignet à la même séance.		
	<i>Arthrolyse</i>		
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28).	740,00	12

Arthroplastie

18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	450,00	7
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel (PG-28)	547,70	7
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	420,00	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28)	1 000,00	8
+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28)	577,50	7
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	396,80	7

Arthroplastie de remplacement

+	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.		
T 18154	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	7
S			
T 18155	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse radio-carpienne et, le cas échéant, l'ostéotomie radiale ou la fenêtre)	1 500,00	12
	en deux temps :		
T 18156	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) . .	1 200,00	10
T 18157	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	10
S			

Arthroscopie

02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	200,00	5
02958	avec débridement, supplément	150,00	
02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	200,00	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par séance.		

Arthrotomie ou capsulotomie avec, le cas échéant, l'exploration, le drainage ou la résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation

NOTE : Les actes codés 02038, 02040 et 02932 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site, à la même séance.

02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . .	189,00	5
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	189,00	6
02038	poignet (PG-28)	338,70	5

Biopsie

02934	à l'aiguille, main et poignet	57,00	4
02939	ouverte, main et poignet (PG-28)	117,35	6

Décompression

02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	157,50	4

NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs (C.S.)

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	236,25	5

Excision

02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	215,25	6
18158	excision de tous les os de la rangée proximale du carpe	571,55	8
02895	ménisectomie radio-cubitale	300,00	6
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	262,50	6
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (PG-28)	210,00	6
02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	315,00	6
02785	carpe (PG-28)	210,00	6
02786	carpe avec greffe (PG-28)	400,00	8
	tumeur maligne		
02787	phalange, métacarpien (PG-28)	294,00	6
02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	338,50	7
02789	carpe (PG-28)	300,00	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	536,90	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	588,00	15

Exérèse

	prothèse		
02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) .	169,25	6
02650	carpe (PG-28)	250,00	6
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	121,30	6

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

Fractures ou luxation

	carpe, métacarpe		
18045	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	150,00	6
18046	chacune additionnelle pour la même main.	30,00	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.*

18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28).	60,00	
	réduction ouverte		
18048	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	262,50	6
18102	avec plaque et vis (PG-28)	420,00	6
	phalange		
18049	réduction fermée sous anesthésie ou bloc d'hématome (PG-28)	157,50	5
18050	chacune additionnelle pour la même main.	31,50	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.*

18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28).	63,00	
	réduction ouverte		
18052	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	262,50	6
18103	avec plaque et vis (PG-28)	315,00	6
	scaphoïde, semi-lunaire		
18053	réduction ouverte (PG-28)	450,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Fascia</i>			
T 02554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 234,70 \$) (1*)	117,35	6
<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.</i>			
pour maladie de Dupuytren			
T 18136	fasciotomie percutanée palmaire	156,25	5
T 18137	fasciotomie percutanée digitale	179,45	5
T 02125	fasciectomy palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	307,40	7
T 02126	fasciectomy digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	380,05	7
T 18115	réintervention pour récurrence - fasciectomy palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	461,10	7
T 18116	réintervention pour récurrence - fasciectomy digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	570,10	7
<i>Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux</i>			
NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance.			
T 02658	métacarpe, phalange (PG-28)	229,15	6
T 02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés) (PG-28)	246,65	6
02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse) (PG-28)	550,00	6
T 18054	greffe vascularisée (incluant ROFI), supplément	157,50	
<i>Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</i>			
T 02698	phalange, métacarpien (PG-28)	110,25	6
T 02699	carpe (PG-28)	262,50	7
T 02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28)	157,50	6

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
<i>Manipulation d'articulation sous anesthésie</i>			
02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) ..	21,00	5
02835	poignet (PG-28)	150,00	4
<i>Ostéotomie de correction</i>			
T 02706	phalange proximale (PG-28)	223,55	5
T 02713	phalange moyenne (PG-28)	223,55	5
T 02717	phalange distale (PG-28)	126,00	5
T 02718	métacarpe (PG-28)	210,00	5
T 18055	ROFI, supplément	111,80	
<i>Réparation, toute technique</i>			
T 02898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	201,20	6
T 02198	ligaments du poignet radio-carpien (PG-28)	315,00	6
<i>Reconstruction ligamentaire</i>			
T 02726	métacarpo-phalangienne (PG-28)	229,15	6
02160	poignet avec greffe de tissu (PG-28)	400,00	6
<i>Synovectomie</i>			
T 02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) ..	117,35	6
T 02741	poignet (PG-28)	229,15	7
<i>Syndactylie</i>			
T 02377	avec greffe de commissure (PG-28)	402,40	5
<i>Ténotomie correctrice</i>			
T 02050	un doigt (PG-28)	157,50	6
T 02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	157,50	6

EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS**HANCHE**

- + NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance, incluant l'exérèse de matériel (clou (s), vis, clou-plaque)

Amputation

02296	désarticulation de la hanche	1 000,00	12

Arthrodèse

02936	primaire	1 000,00	12
02930	postrésection de tête fémorale	1 300,00	15

Arthroscopie

02419	arthroscopie, avec ou sans biopsie incluant, le cas échéant, résection de corps étranger, souris articulaire ou débridement de labrum (PG-28)	500,00	5

S

Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)

02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	700,00	10

S

02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	1 000,00	12

S

02614	prothèse totale après arthrodèse	1 400,00	18

D

Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc au fémur et/ou à l'acétabulum, le cas échéant)

T 18159	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	10

S

T 09598	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre) .	1 500,00	15

T

02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire) . . .	1 200,00	12

T

02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	12

		R = 1	R = 2	
T	02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	1 000,00	10
+	18177	changement de polyéthylène seulement (avec ou sans changement de tête)	600,00	10
T	02260	remplacement de composante fémorale complète seulement	1 000,00	12
S				
	<i>Arthrotomie</i>			
	02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	550,00	5
+	18178	correction de conflit fémoroacétabulaire incluant résection et/ou réparation de labrum, ostéotomie et luxation de la hanche, toute voie d'approche	850,00	10
	<i>Excision</i>			
	Voir tumeur ou site anatomique			
	<i>Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)</i>			
	02320	prothèse simple	550,00	6
	02321	prothèse totale	700,00	8
	02794	clous ou vis	250,00	6
	02795	clou-plaque, plaque et vis	350,00	7
	<i>Luxation</i>			
	traumatique			
	02619	réduction fermée (PG-28)	155,00	
	02629	réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	250,00	6
	02757	réduction ouverte	700,00	8
	congénitale ou paralytique			
		réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
	02747	unilatérale	400,00	6
	02748	bilatérale	450,00	6
D	02700	réduction ouverte (incluant spica)	850,00	8
	02500	avec ostéotomie du bassin	1 400,00	10
	02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 600,00	15
	<i>Examen et manipulation</i>			
	02849	sous anesthésie régionale ou générale	200,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance			

		R = 1	R = 2
	<i>Synovectomie</i>		
02252	complète	600,00	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
	<i>Ténotomie</i>		
	adducteurs		
02074	fermée	150,00	4
02079	ouverte	200,00	5
02081	psoas	250,00	5
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	600,00	6
	<i>Transposition et réinsertion tendineuse</i>		
02433	psoas-iliaque	900,00	8
	CUISSE		
02434	allongement ou section du fascia lata	200,00	5
02295	amputation de la cuisse	463,05	7
02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	850,00	8
02041	fasciotomie fémorale	350,00	5
	FÉMUR		
	<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>		
	Allongement		
02349	avec ou sans greffe	1 200,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02376	un niveau	1 300,00	15
02378	deux niveaux	1 411,20	18
02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 150,00	12
02484	fasciectomie préalable à l'allongement	350,00	6
	<i>Biopsie</i>		
02796	à l'aiguille	150,00	5
02797	ouverte	250,00	6
02719	forage et décompression de la tête fémorale	400,00	6
02720	avec greffe osseuse, supplément	150,00	
	NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.		
	<i>Épiphysiodèse</i>		
02950	fémur par greffe	600,00	6
02952	fémur et tibia par greffe	700,00	6
02953	fémur par crampons (agrafe)	550,00	6
02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	600,00	6
02798	grand trochanter	350,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
02240	tête et col	600,00	6
02799	tumeur bénigne col et/ou tête	700,00	8
02801	tumeur bénigne col et/ou tête avec ostéosynthèse	850,00	8
02802	tumeur bénigne autre que col et/ou tête	350,00	8
02803	tumeur bénigne autre que col et/ou tête avec ostéosynthèse	850,00	11
02816	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02808	tumeur maligne	700,00	8
02811	tumeur maligne avec remplacement par prothèse ou avec ostéosynthèse	1 000,00	14
02561	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément	300,00	4
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	300,00	4
NOTE : L'acte codé 02562 est facturable avec les actes codés 02808 et 02811.			
<i>Exérèse de matériel</i>			
02307	bande métallique (une ou plusieurs) ou vis	200,00	6
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage ou plaque et vis	350,00	5
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	50,00	3
<i>Fracture</i>			
col			
18105	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	350,00	6
	réduction ouverte		
02687	vis percutanée	550,00	10
02716	clou et plaque	700,00	10
02714	greffe pédiculée de Judet, etc.	850,00	10
02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	700,00	10
02689	par prothèse cimentée, supplément	100,00	
intertrochantérienne, per-trochantérienne et sous trochantérienne			
18106	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire	350,00	6
02742	réduction ouverte	700,00	10
tête fémorale			
+ 18179	avec ostéosynthèse (avec ou sans luxation) (Pipkin)	850,00	10
diaphyse			
02690	réduction fermée sous anesthésie régionale ou générale	350,00	6
<u>AVIS</u> : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.			
18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur	200,00	5

		R = 1	R = 2
02673	réduction ouverte fixation interne ou externe	850,00	10
09589	enclouage centromédullaire avec clou long incluant le verrouillage proximal pour fracture de diaphyse ou sous-trochantérienne ou sus-condylienne	850,00	10
09590	verrouillage distal une vis ou plus, supplément.	100,00	2
18107	transcondylienne et/ou sus-condylienne réduction ouverte fixation interne ou externe ou les deux.	850,00	10
<i>Grefe</i>			
02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage.	450,00	8
	NOTE : L'acte codé 02412 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<i>Incision</i>			
18108	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse ou forage ou fenestration de la corticale ou séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation.	400,00	6
<i>Ostéotomie</i>			
02091	col fémoral	1 000,00	10
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur.	850,00	8
	NOTE : Les actes codés 02091 et 02092 ne peuvent pas être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<i>Raccourcissement de l'os</i>			
02405	avec ou sans greffe	1 000,00	10
	NOTE : L'acte codé 02405 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<i>Transfert ou transposition</i>			
02625	grand trochanter seul.	750,00	5
	NOTE : L'acte codé 02625 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.		
<i>Plastie</i>			
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculonerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	2 102,70	18

GENOU

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02294	désarticulation du genou	630,00	5

Arthrodèse

02937	simple	1 050,00	8
02966	postarthroplastie incluant l'exérèse du matériel et le mode de fixation ou toute forme de fixation et, le cas échéant, la greffe osseuse	1 300,00	12

Arthrolyse

	directe		
18013	par arthroscopie	400,00	5
18014	par voie ouverte	600,00	7
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe.	1 300,00	12

Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)

02492	prothèse totale unicompartmentale	900,00	12
02403	prothèse totale bicompartmentale	1 000,00	12

D *Arthroplastie de remplacement (incluant l'allogreffe en bloc au fémur et/ou au tibia, le cas échéant)*

18160	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire.	700,00	10

S T 18161	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre)	1 500,00	15
	en deux temps :		

T 18162	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 200,00	12

T 18163	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	12

+ 18180	remplacement de la composante tibiale seulement (incluant changement du polyéthylène)	1 000,00	12

+ 18181	remplacement de la composante fémorale seulement (incluant changement du polyéthylène)	1 000,00	12

		R = 1	R = 2
T 18015	changement de polyéthylène seulement	600,00	7
S			
T 02498	prothèse rotule seulement	600,00	6
T 02499	par allogreffe au fémur distal	1 200,00	10
T 02442	par allogreffe au tibia proximal	1 200,00	10
T 02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 300,00	15
<i>Arthroscopie</i>			
02577	simple du genou incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28) . . .	250,00	5
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28) : ménisectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	300,00	5
NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.			
<i>Arthrotomie ou capsulotomie</i>			
02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménisectomie ou la section de l'aileron externe	350,00	6
<i>Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse</i>			
02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	200,00	6
AVIS : Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).			
09539	prothèse totale du genou incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire	700,00	12
09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	400,00	6
<i>Excision</i>			
02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite . .	400,00	6
18017	tumeur bénigne dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	500,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Fracture rotule</i>			
09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	550,00	6
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	550,00	6
<i>Greffe ostéochondrale</i>			
02122	mosaicplastie (greffe ou autogreffe ostéochondrale composée, unique ou multiple) toute voie d'approche . .	500,00	5
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.		
<i>Luxation</i>			
	genou		
02737	réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	250,00	6
	rotule		
02749	réduction fermée (PG-28)	115,50	6
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	450,00	6
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	550,00	7
<i>Réparation et reconstruction ligamentaire</i>			
18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique	500,00	5
18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	200,00	3
	Reconstruction du ligament, toute technique		
18020	croisé antérieur	600,00	8
18021	croisé postérieur	850,00	10
18022	croisés antérieur et postérieur	1 250,00	15
18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	350,00	3
18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément	200,00	3
18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	200,00	3
18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	500,00	6
18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément	200,00	3
18028	chaque méniscectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	100,00	1
18029	chaque suture de ménisque avec fléchettes associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	200,00	2

		R = 1	R = 2
18030	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	250,00	3
	NOTE : Un seul des actes codés 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.		
	<i>Suture</i>		
02822	un ménisque, toute voie d'approche	450,00	7
18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément	100,00	1
	tendon		
02059	quadriceps	550,00	6
02061	rotuléen	550,00	6
18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	150,00	1
	<i>Divers</i>		
02253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche	600,00	6
02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie	200,00	4
	NOTE : Les services médicaux codés 02253 et 02473 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>Musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
18033	allogreffe d'un ménisque, toute voie d'approche	900,00	10
	TIBIA ET PÉRONÉ		
	<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>		
	Allongement		
02386	avec ou sans greffe (PG-28)	1 150,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02387	un niveau	1 300,00	12
02388	deux niveaux	1 500,00	15
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 150,00	12
	<i>Amputation</i>		
T 02292	amputation à la jambe (B.K.)	416,85	5
	<i>Biopsie</i>		
02864	à l'aiguille	150,00	5
02865	ouverte	250,00	6

Décompression - dénervation

02046	fasciotomie tibiale		
	1 compartiment	355,40	6
02047	2 compartiments ou plus	383,50	6

Épiphysiodèse du tibia

02951	par greffe (Phemister)	550,00	4
02954	par crampon	450,00	4

Excision

	02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	700,00	7
	02867	résection extensive et reconstruction	1 380,50	12
	02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.)	350,00	6
T	02869	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) avec ostéosynthèse	600,00	11
T	02948	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément.	300,00	4
	02870	tumeur maligne	700,00	6
T	02871	tumeur maligne avec ostéosynthèse	850,00	14
T	02596	si allogreffe segmentaire en bloc, supplément.	300,00	4
	02597	avec prothèse totale, supplément.	300,00	4

NOTE : L'acte codé 02597 est facturable avec les actes codés 02870 et 02871

Exérèse

02309	vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28) (1*)	150,00	6
02299	plaque plus vis - péroné	200,00	6
02873	plaque plus vis - tibia	350,00	6
18109	clou intramédullaire et vis de verrouillage	350,00	6

AVIS :

(1*) Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 -
Appareil musculo-squelettique).

		R = 1	R = 2
<i>Fractures</i>			
02725	péroné seul		
	réduction ouverte	350,00	6
02694	tibia (avec ou sans péroné)		
	réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	150,00	6
02696	réduction ouverte		
	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	600,00	6
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	600,00	6
09592	verrouillage distal une vis ou plus, supplément.	100,00	2
	épiphyse proximale		
02721	1 plateau	600,00	6
18111	2 plateaux	800,00	6
02743	pilon tibial	700,00	6
<i>Grefe osseuse</i>			
02874	pour pseudarthrose congénitale	1 000,00	8
02413	simple tibia et/ou péroné	450,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02414	par transposition du péroné	644,30	6
<i>Incision et drainage</i>			
18112	abcès d'ostéomyélite, forage ou saucérisation ou séquestrectomie avec ou sans greffe	400,00	6
<i>Ostéotomie</i>			
02093	de la tubérosité tibiale antérieure incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	700,00	7
02068	tibiale incluant ROFI et greffe, le cas échéant.	800,00	6
02030	du péroné	200,00	5
<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>			
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	850,00	10

CHEVILLE

+ NOTE : Pour les codes d'acte de la section *Arthroplastie et Arthroplastie de remplacement*, aucun autre acte de l'onglet *Musculo-squelettique* ne peut être facturé au même site, à la même séance.

Amputation

02291	type Syme	600,00	5

Arthrodèse

02938	tibio-astragaliennne primaire	750,00	6
18066	révision tibio-astragaliennne	1 000,00	6

AVIS : La révision tibio-astragaliennne **18066** doit être réclamée à la suite de l'arthrodèse tibio-astragaliennne primaire **02938**. Inscrire la date ou l'année de l'arthrodèse tibio-astragaliennne primaire **02938**.

02944	tibio-talo-calcaneennne avec ou sans talonaviculaire et calcaneéo-cuboidiennne	1 000,00	10

Arthrolyse

02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 300,00	12

Arthroplastie

02408	totale de la cheville (prothèse)	1 000,00	8

Arthroplastie de remplacement

T	18164	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	700,00	7

S	18165	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse tibiale et astragaliennne et, le cas échéant, l'ostéotomie tibiale ou la fenêtre)	1 500,00	12
		en deux temps :		

T	18166	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire) ..	1 200,00	10

T	18167	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 200,00	10

T	18168	remplacement de la composante tibiale ou astragaliennne	1 000,00	9

S

		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28)	250,00	5
02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28) :		
	- résection de souris ou de corps étranger		
	- débridement synovial		
	- résection d'ostéophyte		
	- forage ou chondroplastie d'abrasion	400,00	7
<i>Arthrotomie</i>			
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	350,00	6
02880	avec ostéotomie malléolaire et sa fixation, supplément	100,00	2
<i>Décompression - dénervation</i>			
T 02883	décompression - sinus du tarse	135,40	5
02884	décompression - tunnel tarsien	300,00	5
02885	neurectomie cheville	250,00	5
<i>Exérèse</i>			
09541	de prothèse totale de cheville	550,00	6
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
02304	unimalléolaire (PG-28) (1*)	150,00	6
02306	bi ou trimalléolaire (PG-28) (1*)	200,00	6
<i>Fracture - luxation</i>			
02708	uni, bi, trimalléolaire réduction fermée sous anesthésie (PG-28)	150,00	6
<u>AVIS :</u> <i>En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.</i>			
	réduction ouverte		
02727	unimalléolaire	350,00	6
09542	bimalléolaire	550,00	6
18068	si fixation malléole postérieure, supplément	100,00	
18069	si fixation syndesmotique ou réparation du ligament deltoïde, supplément	100,00	
18070	par vis syndesmotique seule	350,00	6

AVIS : (1*) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 -
Appareil musculo-squelettique).

R = 1 R = 2

Reconstruction - réparation

02199	réparation ligamentaire	350,00	6
	NOTE : Le service médical codé 02199 ne peut pas être associé à une autre chirurgie de l'Appareil musculo-squelettique, au même site, lors de la même séance.		
02161	reconstruction ligamentaire tardive (6 semaines ou plus)	550,00	6
02441	réparation tendon d'Achille	450,00	6
02889	tardive (6 semaines ou plus)	600,00	6

Ténotomie (tendon d'Achille)

T 18071	fermée ou ouverte	169,25	5

PIED*Allongement (incluant l'ostéotomie)*

02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 000,00	7

Amputation

T 02267	médiotarsienne ou transméatarsienne (PG-28)	347,55	6
T 02287	un métatarsien en rayon	157,50	6
T	chaque métatarsien additionnel pour un même pied (1*)	31,50	
T 18072	un métatarsien avec les phalanges (PG-28)	210,00	6
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28)	110,00	6
	chaque orteil additionnel (1*)	26,00	

Arthrodèse

02943	sous-astragalienne ou talonaviculaire ou calcanéocuboidienne isolée	750,00	6
18073	triple arthrodèse	900,00	6
02949	tarso-métatarsienne (articulation de Lisfranc) tardive (6 semaines ou plus)	600,00	6
02946	articulation métatarso-phalangienne (PG-28)	350,00	6
02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (PG-28)	150,00	6
	chaque orteil additionnel (1*)	40,80	

Arthrolyse

02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 000,00	6

Arthroscopie

09500	pied (PG-28)	250,00	5

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
<i>Arthrotomie</i>			
	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)	150,00	6
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite (PG-28)	300,00	6
09501	pour arthrite septique (PG-28)	250,00	6
<i>Biopsie</i>			
09502	à l'aiguille ou au trocart	150,00	4
02247	ouverte (PG-28)	250,00	6
<i>Excision</i>			
02244	complète d'astragale ou de calcanéum	500,00	8
02241	barre tarsienne	500,00	6
02234	fascia pour fibromatose plantaire (PG-28)	250,00	6
02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (PG-28)	200,00	6
02242	tête métatarsienne (PG-28)	200,00	6
	chaque tête additionnelle pour le même pied	31,30	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.			
02245	os sésamoïde (PG-28)	250,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
09505	tumeur bénigne calcanéum ou astragale (PG-28)	350,00	6
09506	tumeur bénigne calcanéum ou astragale avec ostéosynthèse	600,00	6
09507	tumeur bénigne os mineurs(PG-28)	200,00	6
09508	tumeur bénigne os mineurs avec ostéosynthèse	350,00	6
09509	tumeur maligne calcanéum ou astragale	350,00	7
09510	tumeur maligne calcanéum ou astragale avec ostéosynthèse	550,00	8
09511	tumeur maligne os mineurs(PG-28)	250,00	6
09512	tumeur maligne os mineurs avec ostéosynthèse (PG-28)	300,00	6
<i>Exérèse</i>			
09513	prothèse, plaque ou vis (PG-28)	200,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Fracture ou luxation</i>			
	tarse ou tarso-métatarsienne (Lisfranc)		
02710	réduction fermée, sous anesthésie (PG- 28)	150,00	5
02744	réduction fermée avec embrochage percutané	250,00	7
02729	réduction ouverte astragale ou calcaneum excepté	450,00	7
02730	réduction ouverte astragale	650,00	7
18169	réduction ouverte calcaneum	650,00	7
02734	arthrodèse primaire sous-astragalienne	750,00	7
	métatarsien, phalange, articulations métatarso-phalangiennes et interphalangiennes		
02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28)	150,00	5
02691	réduction fermée avec embrochage percutané (PG-28)	200,00	5
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le) (1*)	50,00	
02731	réduction ouverte un (PG-28)	250,00	6
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le) (1*)	75,00	
<i>Incision - drainage</i>			
09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28)	110,00	6
09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28)	150,00	6
09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcaneum ou d'astragale (PG-28)	250,00	6
<i>Manipulation et immobilisation</i>			
09532	un ou deux pieds pour correction de difformité	150,00	4
<i>Ostéotomie</i>			
02060	calcaneum, astragale ou tarse	500,00	6
09524	métatarse (PG-28)	200,00	6
09563	phalange (PG-28)	200,00	6

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.

Reconstruction

	transposition et réinsertion tendineuse, pied et cheville, sauf les orteils		
09530	un (PG-28)	550,00	5
09531	plusieurs (PG-28)	700,00	6
18138	reconstruction métatarso-phalangienne des deuxième, troisième, quatrième ou cinquième orteils, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant chaque articulation additionnelle du même pied (1*) .	200,00 31,30	6
09528	capsulotomie tarso-métatarsienne un (1*) chaque articulation additionnelle du même pied (1*) .	250,00 95,30	6
02049	syndactylie pour orteil	116,00	5
02422	correction de chevauchement du 5 ^e orteil, toute technique (PG-28)	250,00	6
T 18074	correction de malformation congénitale de l'avant-pied chez l'enfant de 16 ans ou moins incluant la polydactylie NOTE : Le service médical codé 18074 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'Appareil musculo-squelettique, au même pied, à la même séance.	525,00	6
09564	transposition et réinsertion tendineuse, orteil un (1*) chaque orteil additionnel du même pied (1*)	150,00 30,00	6
02550	arthroplastie de résection interphalangienne incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (PG-28) (1*) chaque orteil additionnel du même pied (1*)	150,00 30,00	6
18075	ténotomie ouverte ou fermée un orteil (PG-28)	150,00	5
18076	plusieurs orteils (PG-28)	200,00	5
18077	fascia plantaire (Steindler) (PG-28)	150,00	5

Correction d'hallux valgus ou varus

	correction d'hallux valgus ou varus incluant, le cas échéant, la sésamoidectomie 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)	250,00	6
02069	avec ostéotomie distale du premier métatarsien (PG-28)	350,00	6
18078	avec ostéotomie diaphysaire ou proximale du premier métatarso ou arthrodèse cunéo-métatarsienne (PG-28)	400,00	6

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (PG-28)	450,00	6
	arthroplastie par prothèse métatarso-phalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
09595	hémi-arthroplastie (PG-28)	300,00	6
09596	arthroplastie totale (PG-28)	350,00	6
	pied bot ou astragale vertical		
02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant.	450,00	7
02556	relâchement antérieur	450,00	7
02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	600,00	7
02560	relâchement postéro-médian	900,00	12
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	reprise d'un relâchement postéro-médian.	1 153,00	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	200,00	6

Excision

	02212	bourse calcanéenne (talon)	200,00	5
	02236	bourse olécrânienne (PG-28)	200,00	5
T	02235	bourse huméro-radiale	180,10	5
	02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétibiale	200,00	5
	02255	bourse péritrochantérienne	200,00	5
	02233	bourse sous-deltoidienne	200,00	5
T	09534	bourse ischiatique	189,00	5

Incision - exérèse

02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	200,00	5

MUSCLES*Allongement*

09535	allongement musculaire (PG-28)	350,00	4

Exérèse

	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale ou régionale		
02190	simple (PG-28)	150,00	6
02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu (PG-28) . . .	300,00	6

Excision

T 09536	raccourcissement musculaire	189,00	6
T 02208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28)	262,50	6
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28) . . .	400,00	6
T 02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale.	252,00	6
	section du sterno-cléido-mastoidien (torticolis congénital)		
T 02023	une incision	342,95	6
T 18170	deux incisions	536,85	6
	tumeur		
T 02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	262,50	6
T 02152	excision tumeur bénigne (PG-28)	252,00	6
02153	excision tumeur maligne (PG-28)	507,50	6
02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	450,00	8
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		

Reconstruction - réparation

02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) .	255,00	7
T 02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (PG-28)	210,00	6
T 02322	transplantation complète d'un muscle, v. g. grand pectoral	894,25	10
D	NOTE : Malgré la règle 8 de l'addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % (MOD=014).		

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS*Excision*

	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
T 02201	une (PG-28)	210,00	6
T 02202	plusieurs (PG-28)	335,35	6

		R = 1	R = 2
T 09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28). NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	157,50	5
T 02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia.	262,50	5
T 02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	157,50	6
T 02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	257,35	6
<i>Incision et exérèse</i>			
T 02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.	189,00	5
T 02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	189,00	5
T 09597	Ténolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28) . NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	336,00	6
T 02327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site	167,65	5
<i>Suture et reconstruction</i>			
T 02396	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, avant-bras, jambe, cheville, pied tendon extenseur (du même membre) (PG-28)	262,50	6
T	maximum	787,50	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.			
T 02397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28) réparation immédiate ou tardive	363,30	6
T 18117	si effectuées distalement au poignet, supplément .	181,65	
02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. un tendon (PG-28)	250,00	6
	maximum (1*)	1 000,00	

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services
dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
T 02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	267,75	7
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	340,00	8
T 18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28)	558,90	6
T	maximum (1*)	1 117,80	
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
T 18057	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28)	295,05	6
	Reconstruction d'un tendon		
T 18061	greffe tendineuse (PG-28)	483,00	6
T 18058	greffe tendineuse incluant reconstruction des poulies en un temps (PG-28)	603,60	8
	en deux temps		
T 18059	premier temps (PG-28)	603,60	8
T 18060	deuxième temps (PG-28)	603,60	6
T 02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (PG-28)	134,15	6
<i>Transplantation</i>			
02368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation.	750,00	7
09582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent	760,00	8

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de services dans la case UNITÉS.

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		
	externes	100,00	4
T 02489	percutanés	138,30	4
02490	internes	218,60	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.	200,00	6
18113	fermeture de fasciotomie un ou plusieurs sites incluant, le cas échéant, débridement et myectomie.	250,00	6
	NOTE : Les actes codés 02348 et 18113 ne peuvent pas être facturés avec un autre service par le même médecin ou un médecin de la même discipline à la même séance.		
T 18120	débridement pour fasciite nécrosante ou gangrène de Fournier, un ou plusieurs sites, sous anesthésie régionale ou générale	525,00	10
T 18121	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément	105,00	
02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	113,00	6
T 02301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28) (1*) ..	52,50	4
02328	exérèse de prothèse ailleurs	132,00	6
T 02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28) (1*)	157,50	6
02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	20,00	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
09547	os majeur	200,00	6
09546	os mineur	150,00	4
02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28)	150,00	6
T 02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne . . .	157,50	5

AVIS : (1*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

		R = 1	R = 2
02381	prise de greffon osseux par un chirurgien d'une spécialité autre que le premier intervenant (PG-28)	200,00	
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	250,00	7
02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	159,80	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 actes suivants **02423, 02424, 02427 à 02431** et **02530** sont payables par la Régie, même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.*
Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

	02430	astragale	254,40
T	02423	bassin	525,00
	02431	calcanéum	140,60
	02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	450,00
	02428	humérus	338,70
	02530	peau	300,00
	02429	radius ou cubitus	306,80
	02427	tibia	350,00

*Réimplantation
(après amputation complète avec suture de nerfs,
artères, veines, sous microscope)*

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

NOTE : La règle 8.1 de l'addendum 4 de chirurgie
ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

T	02355	avant-bras (PG-23)	1 789,60	18
	02356	bras (PG-23)	1 789,60	18
	02352	doigt (incluant au moins une articulation) (PG-23) (PG-28)	2 595,30	18
	02357	épaule (PG-23)	2 300,90	18
	02354	poignet (PG-23)	1 789,60	18

**Programme national pour les victimes
de traumatismes par amputation ou nécessitant
une revascularisation microchirurgicale
d'urgence**

19052 Forfait par période de 24 heures 3 750,00

AVIS : Remplir la Demande de paiement - Médecin
(1200) en inscrivant :
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO
D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19052** dans la section Actes;
Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec
ce code d'acte.
Aucun autre service ne doit être facturé
sur cette demande de paiement.

18000 Pour le rôle 2 18

AVIS : Le numéro d'assurance maladie de
la personne assurée doit être inscrit dans
la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil
musculo-squelettique.

Assistance opératoire :

18001	durée d'assistance opératoire de 4 heures et moins . . .	650,00
18002	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total .	750,00
18003	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total .	900,00
18004	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 100,00
18005	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 350,00
18006	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures . . .	1 650,00

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la règle 14
du préambule général s'appliquent à partir
de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Pour l'application des modificateurs d'urgence,
l'heure de début de l'assistance opératoire doit
être comprise entre 19 heures et 7 heures
la semaine et en tout temps le week-end
et les jours fériés.

Remplir la Demande de paiement - Médecin
(1200) en inscrivant :

- le numéro de la personne assurée dans la
case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section
Actes;
- l'heure de début et de fin de l'assistance
opératoire dans la case DIAGNOSTIC
PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.
Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil
musculo-squelettique.

R = 1 R = 2

Microanastomose (grossissement 5X et plus)

02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (PG-28) .	883,05	10
02394	Grefe d'une artère ou d'une veine microanastomosée .	1 408,45	15
02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale .	726,55	8
NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.			

+ **Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes**

18171	durée anesthésiologique de 2 à 3 heures au total .	750,00	10
18172	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total .	1 000,00	10
09566	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total .	1 300,00	10
09567	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total .	1 600,00	12
02188	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total .	2 200,00	18
02189	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total .	2 800,00	18
02192	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total .	3 400,00	18
18173	durée anesthésiologique de plus de 12 heures .	4 000,00	18

AVIS : Voir la règle 10 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique. Joindre le compte-rendu opératoire.

INDEX

Page

SYSTÈME RESPIRATOIRE	H-2
Nez et Nasopharynx	H-2
Sinus	H-5
Larynx	H-7
Trachée	H-8
Bronches	H-9
Médiastin	H-9
Poumons et plèvre	H-10

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (**093** et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

03047	Acte de moins de 100 \$, supplément.	20,00	
03048	Acte entre 100 \$ et 299 \$, supplément.	60,00	
03049	Acte entre 300 \$ et 599 \$, supplément.	110,00	
03050	Acte de 600 \$ et plus, supplément.	170,00	

NEZ ET NASOPHARYNX*Incision*

T 03000	Abcès ou hématome de la cloison : drainage	49,80	5
T 03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	166,05	6

Excision

Polypectomie nasale :			
T 03160	unique (PG-28)	34,45	5
T 03172	multiple (PG-28)	52,35	5
T 03173	multiple bilatérale (PG-28)	99,95	5
T 03161	polype des choanes.	99,65	5
T 03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	168,60	6
Amenuisement d'un ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie)			
T 03202	sous anesthésie locale	27,70	
T 03203	sous anesthésie générale	169,75	5
T 03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, sous anesthésie générale, toutes techniques, supplément. .	83,05	
Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser :			
T 03208	pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx (PG-28)	221,40	5
T 03209	pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx	387,50	5
T 03239	Amputation nasale	337,15	5

		R = 1	R = 2
	<i>Réparation</i>		
03301	Cautérisation de cornet, unilatérale (PG-28)	27,70	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé en même temps que l'amenuisement d'un ou de plusieurs cornets.		
03320	Septodermoplastie (PG-28)	266,15	5
03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic et la collumelloplastie, le cas échéant (PG-28) . .	276,75	6
T 03343	Cure de sténose de valves nasales.	87,00	5
S			
03318	Cure de perforation de la cloison sans greffon.	281,35	5
03319	avec prélèvement de greffon provenant d'un autre site, toutes techniques (PG-28)	562,60	8
03367	Mise en place d'un bouton de silastic.	84,85	6
	Septorhinoplastie :		
	partielle incluant la collumelloplastie, le cas échéant, mais excluant les ostéotomies		
03308	par voie endonasale (PG-28)	359,80	6
03309	par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	415,15	6
	complète (reconstruction de la cloison et des pyra- mides nasales incluant collumelloplastie)		
03225	par voie endonasale (PG-28)	442,85	6
03226	par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (PG-28)	553,55	8
03325	Collumelloplastie seule (PG-28)	221,40	6
03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou postchirurgicale (PG-28) . .	442,85	6
03327	Grefe composée	372,55	6
S 03328	Rhinophyma : rasage (PG-28)	210,00	7
	Chirurgie corrective de rhinite atrophique :		
03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	145,00	6
03331	par greffe autogène.	200,00	6
	Atrésie d'une choane :		
03340	approche nasale antérieure	339,45	12
03342	approche par voie transpalatine.	509,20	12
03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (PG-28)	56,20	5

Manipulation

	Épistaxis :		
03804	cautérisation de la cloison, unilatérale	16,60	4
03806	électrocautérisation, unilatérale	38,75	4
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	298,90	5
03810	ligature intranasale de l'artère sphéno-palatine (PG-28)	339,45	8

Corps étranger

	Extraction de corps étranger du nez :		
03002	par rhinotomie	159,70	5
03194	par rhinoscopie (PG-28)	44,30	4
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	66,40	4

Excision

	Exérèse de tumeur :		
	par voie intranasale	112,50	6
	par voie transpalatine	339,45	6
S	03167 par voie nasopharyngée	226,30	6
	03071 Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur nasale . . .	237,10	5
T	03164 Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane	250,00	5
#	03169 Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome	509,20	8

Réparation

	Réparation de fistule oro-nasale	67,75	4
	si lambeau(x) sous anesthésie générale, supplément .	152,90	
	03338 Correction de difformités post-sinusectomie radicale . . .	157,50	5
	03344 Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du nasopharynx . . .	65,30	4

SINUS

D	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 :		
D 03073	- lorsque les chirurgies sont effectuées par une technique guidée par informatique (CGI), supplément.	169,75	
+ 03051	- lorsqu'il y a ligature de l'artère sphéno-palatine pour contrôle ou prévention d'épistaxis, toutes techniques (clip, suture, etc.), supplément.	100,00	2
+ 03052	- lorsqu'il y a cautérisation de l'artère sphéno-palatine pour contrôle ou prévention d'épistaxis, supplément.	50,00	
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la pathologie concernée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		

Incision

T 03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne et infundibulectomie, le cas échéant) (PG-28)	138,40	6
T 03008	Sinusotomie frontale par voie externe toutes techniques	172,35	6
T 03005	Sinusotomie sphénoïdale.	169,75	6
	NOTE : Ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.		
T 03006	Installation d'un tube d'irrigation maxillaire MAST (maxillary antrum sinusotomy tube).	71,25	5
03007	Installation d'un tube d'irrigation ethmoïdienne TIE	105,00	5

Excision

T 03105	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) : unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant (PG-28)	226,30	6
T 03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (PG-28)	221,40	6
T 03215	Sinusectomie frontale externe radicale	503,00	6
T 03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	608,90	8
T 03369	avec greffe adipeuse (supplément)	110,55	
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
T 03110	antérieure unilatérale (PG-28)	166,05	6
T 03111	antérieure et postérieure unilatérale (PG-28)	188,20	6
T 03112	avec sphénoïdotomie (PG-28)	230,45	6
T 03113	avec sphénoïdectomie (PG-28)	276,75	6
T 03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	289,95	6
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie le cas échéant :		
T 03210	par voie intranasale	193,75	6
T 03211	par voie transpalatine	370,45	6
T 03246	par voie transseptale	307,35	6
	NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intrana- sale ne peut s'ajouter au service médical codé 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
T 03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire	449,95	6
T 03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire	678,95	10
	avec exentération de l'orbite :		
T 03237	sans exérèse du plateau palato-dentaire	503,85	10
T 03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire	626,05	12
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie trans- antrale		
T 03247	ligature de l'artère maxillaire interne (PG-28)	402,80	6
03248	ganglionectomie sphéno-palatine	320,00	7
03249	section de V2	356,00	7
T 03250	biopsie	394,10	6
03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale	320,00	7

Réparation

T 03339	Fermeture de fistule oro-antrale par Caldwell-Luc avec ou sans lambeau	339,45	6
T 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)	452,65	8
T 03332	Cure intranasale d'écoulement de liquide céphalo- rachidien (LCR)	452,65	15
T 03375	au cours d'une autre intervention, supplément	169,75	

LARYNX*Incision*

S	03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	402,80	6

Introduction

Laryngoscopie incluant la biopsie :

		avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, unilatérale		
	03039	directe (PG-23)	136,05	6
	03040	à suspension (PG-23)	166,35	6
	03041	au microscope (PG-23)	174,35	6
		avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, bilatérale :		
	03042	directe (PG-23)	166,35	6
	03043	à suspension (PG-23)	198,45	6
	03044	au microscope (PG-23)	208,05	6
D	03045	avec injection de substance pour combler ou médialiser une corde vocale (PG-23)	282,90	6
	03046	microchirurgie sous-glottique	396,05	6

Excision

Laryngectomie incluant la myotomie du crico-pharyngé, le cas échéant

	03114	partielle (fronto-latérale ou verticale)	607,25	8
	03115	sus-glottique	830,30	10
	03220	totale	905,25	13
	03221	totale et thyroïdectomie totale	1 131,55	15
	03222	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 018,40	15

Aryténoïdopexie ou aryténoïdectomie ou cordectomie :

	03241	par voie endolaryngée	339,45	5
	03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	396,05	5
	03242	par voie externe	380,80	6
	03243	reconstructive (laryngectomie)	400,00	8
	03244	Médialisation de cordes vocales par implant laryngé ajustable incluant l'ajustement per-opératoire et toute endoscopie	639,25	6
	03074	Ajustement de l'implant par voie externe effectué lors d'une autre séance	262,50	5
	03223	Épiglotectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	550,40	6
		Pharyngo-laryngectomie :		
	03227	totale	1 018,40	12
	03228	totale et thyroïdectomie totale	1 217,80	18
	03229	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 131,55	18

R = 1 R = 2

Réparation

T	03075	Supraglottoplastie (PG-23)	332,10	8
T	03349	Laryngoplastie	350,00	8
	03363	Cure de laryngocèle	431,00	8
	03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	230,45	5
S	03334	Réinnervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	672,00	8

TRACHÉE*Incision*

	03019	Trachéotomie (PG-28)	276,75	7
	03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	110,70	
	03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	160,55	7

Excision

		Résection trachéale avec reconstruction		
	03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	923,25	10
	03179	trachée cervicale incluant le cricoïde	1 235,90	12
	03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	1 615,55	12
	03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	1 080,00	15

Réparation

		Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
	03315	par excision de tissu cicatriciel	120,70	6
	03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	188,20	6
	03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (PG-28)	225,45	6
		Fermeture de fistule :		
	03351	trachéale post-traumatique	332,10	6
	03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	819,00	12
	03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autres	311,20	6
	03009	Remplacement d'implant phonatoire	50,00	6
		Trachéoplastie :		
	03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	608,90	8
	03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	959,70	12
		Trachéorrhaphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique) :		
	03353	cervicale	577,50	10
	03355	thoracique	720,65	12

		R = 1	R = 2
03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif.	1 131,55	15
03010	Aortopexie pour trachéomalacie sévère, incluant la thymectomie et la bronchoscopie per-opératoire, sauf si effectuée par un médecin d'une autre discipline, toute technique, toute voie d'approche (PG-23)	900,00	15

BRONCHES*Réparation*

	Bronchoplastie :		
03357	correction de sténose et anastomose.	940,80	12
	Fistule broncho-pleurale		
03372	fermeture simple par thoracotomie.	689,55	12
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie.	960,90	12
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	819,75	12

AVIS : *Inscrire la raison de la bronchotomie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

MÉDIASTIN*Incision*

	Médiastinotomie pour exploration ou drainage :		
03035	voie cervicale	321,70	6
03036	voie thoracique	357,50	8
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	375,30	12

Excision

03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin. . .	717,40	10
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	1 019,03	12
03240	Thymectomie	746,55	10

Réparation

03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	758,65	10

POUMONS ET PLÈVRE*Incision*

03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire.	222,00	8
	Thoracotomie.		
03026	pour contrôle d'hémorragie.	346,50	12
03028	exploratrice avec exérèse de corps étranger.	472,50	12
03120	exploratrice avec biopsie.	330,75	12
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie.	574,50	12
03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois.	1 021,35	12
03017	pleurectomie partielle, supplément.	35,75	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardiorespiratoire.	142,90	10
03031	Décortication totale du poumon incluant, le cas échéant, le drainage d'empyème, non complémentaire à un autre acte chirurgical associée à la même séance opératoire.	816,40	12
03076	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique sans autre intervention au même site.	450,00	12
03077	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique lors d'une autre intervention ou si effectué par un autre médecin, supplément.	300,00	
03011	Thoracoscopie diagnostique avec ou sans biopsie.	250,00	8
03013	Thoracoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément.	120,00	
NOTE : L'acte codé 03013 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une thoracoscopie suivie d'une thoracotomie.			

Excision

03122	Résection cunéiforme (Wedge).	360,35	12
03140	chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément.	51,10	
03124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire.	783,95	12
T 03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire.	1 500,00	12
03162	pneumonectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément.	237,77	
03126	segmentectomie additionnelle, supplément.	133,35	
03127	lobectomie moyenne (côté droit), supplément.	133,35	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément.	199,50	
03129	avec bronchoplastie, supplément.	143,80	
03078	avec angioplastie, supplément.	110,25	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément.	122,95	
03131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prothétique, tout type, supplément.	215,13	

		R = 1	R = 2
03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	1 260,00	15
+ 03139	Réintervention pour lobectomie plus de 30 jours après une autre chirurgie thoracique ipsilatérale, supplément.	214,00	
	Pneumonectomie simple		
03133	avec ou sans évidement ganglionnaire	1 480,09	12
03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	71,33	
03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	225,89	
03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	310,05	
03134	Péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	74,00	
03138	Pneumonectomie extrapleurale	2 025,80	12
+ 03079	Réintervention pour pneumonectomie plus de 30 jours après une autre chirurgie thoracique ipsilatérale, supplément	111,00	
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	712,30	12
S 03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	392,33	12
S			
	<i>Collapsothérapie</i>		
	Thoracoplastie, incluant apicolyse :		
	premier stade		
03374	minimum de trois côtes	240,04	6
	chaque côte additionnelle	66,80	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de côtes dans la case UNITÉS.		
03311	deuxième stade	135,50	6
03312	troisième stade	127,00	5
	Pneumolyse :		
03313	intrapleurale	142,66	4
03314	extrapleurale	214,00	4
03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	60,00	4

INDEX

Page

SYSTÈME CARDIAQUE	J-2
Actes généraux	J-3
Transplantation	J-4
Coeur et péricarde	J-5
Chirurgie coronarienne	J-8
Chirurgie de l'arythmie	J-9
Appareil vasculaire	J-10
thoracique	J-10
non thoracique (toute voie d'approche, toute technique)	J-11
Veines, varices et ulcères variqueux	J-16

J - SYSTÈME CARDIAQUE

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement. En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

D NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention des sections suivantes : *Transplantation, Coeur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire thoracique* pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

NOTE : À moins qu'il y ait d'autre mention, s'il y a une chirurgie de plus d'une valve, s'il y a une chirurgie valvulaire associée à un pontage coronarien, s'il y a une chirurgie aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, les actes associés sont payés à 90 %.

AVIS : *Veuillez inscrire le MOD=045 pour demander 90 % du tarif de l'acte associé. Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.*

D NOTE : S'il y a une échographie épiaortique ou épicaordique, s'il y a une angiographie coronarienne, s'il y a une échographie Doppler coronarienne effectuée à la même séance qu'une chirurgie cardiaque, un supplément de 100 \$ est applicable à chacun de ces examens.
Maximum de 4 suppléments par séance.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'acte 04017.*

- *Inscrire le rôle 1;*
- *les honoraires de 100 \$.*

NOTE : Pour toute chirurgie valvulaire effectuée par technique endoscopique, endovasculaire ou robotique, un supplément de 500 \$ est applicable.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'acte 04018.*

- *Inscrire le rôle 1;*
- *les honoraires de 500 \$;*
- *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la technique utilisée (endoscopique, endovasculaire ou robotique).*

ACTES GÉNÉRAUX

04505	Refermeture complexe avec ou sans système spécialisé, ou révision de plaie sternale incluant, le cas échéant, le débridement de plaie sternale sous anesthésie générale, la résection osseuse et/ou cartilagineuse, l'exérèse de vis, plaque(s), clou(s), broche(s), le changement de pansement sous anesthésie générale ou l'installation d'un appareil à pression négative (type VAC) (PG-23)	500,00	9
	NOTE : L'acte codé 04505 ne peut être facturé avec l'acte codé 02540.		
	par lambeau musculaire du pectoral et/ou du grand droit		
04525	un lambeau (PG-23)	700,00	12
04531	deux lambeaux (PG-23)	1 100,00	12

Circulation assistée

	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
04508	installation par canulation périphérique (PG-23)	508,90	18
04517	installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (PG-23)	1 017,80	18
04041	si hémofiltration, supplément	100,00	
04509	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	200,80	
04510	exérèse (PG-23)	471,00	10
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
04511	installation	4 479,00	18
04512	surveillance, par jour, par patient	200,80	
04513	exérèse	942,10	18
04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (PG-23)	344,40	
04019	si canulation artérielle, axillaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	
04020	si canulation veineuse jugulaire ou fémorale additionnelle, supplément	200,00	
04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé, de type « Cell Saver » A8-1 (PG-23)	77,15	
	NOTE : Ne s'applique pas à la retransfusion de sang prélevé dans les jours précédents ni au sang récupéré (Shed Blood).		

Hypothermie

04560	Emploi d'hypothermie profonde (<25°C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (PG-23)	254,40	
04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	127,20	

Divers

04565	Lors d'une chirurgie cardiaque, l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 315,40 \$	
D 04566	Reprise d'une chirurgie cardiaque ou vasculaire intra-thoracique, supplément (PG-23)	
	Maximum 1 supplément par 24 heures	336,40
+	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé le même jour que la chirurgie initiale.	

TRANSPLANTATION

04035	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	
04574	Forfait de prélèvement coeur ou coeur-poumons ou poumons (PG-23).	683,40	12

AVIS : *Cet acte est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.*

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

04523	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche un (PG-23)	470,40
04524	deux (PG-23)	537,60

AVIS : *Les codes d'acte 04523 et 04524 sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.*

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

		R = 1	R = 2
04530	Transplantation pulmonaire unilatérale « C » (PG-23) ..	3 217,20	18
04042	chirurgien collaborateur (1*)	1 930,30	
04043	Transplantation pulmonaire bilatérale « C » (PG-23) ...	4 825,80	18
04044	chirurgien collaborateur (1*)	2 895,50	
04528	Transplantation cardiaque « C » (PG-23)	2 500,00	18
04529	Transplantation coeur-poumons « C » (PG-23)	4 515,00	18

COEUR ET PÉRICARDE

04036	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément.	500,00	

Incision

04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger, comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (PG-23)	344,90	18
04533	Réexploration médiastinale pour saignement, tamponnade ou arrêt cardiaque « C » (PG-23)	336,40	10

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	18
04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	1 076,60	18
	Péricardectomie :		
04539	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par sternotomie (toute technique) (PG-23)	1 051,40	12
04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (PG-23)	311,20	10

Réparation

04542	Valvule aortique : valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (PG-23)	1 033,50	18
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une intervention valvulaire aortique lors de la même séance.		
04543	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04544	aortoplastie ou annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)	269,20	
04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (PG-23)	1 211,20	18

#AVIS : (1*) Voir la règle 10.2 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

		R = 1	R = 2
04547	Procédure de Konno « C » (PG-23)	2 355,10	18
04548	Procédure de Bental-Konno ou de Ross-Konno « C » (PG-23)	3 363,40	18
	Valvule mitrale :		
04550	Commissurotomie (PG-23)	807,50	18
04551	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04554	Annuloplastie (PG-23)	1 076,60	18
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	18
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) (PG-23)	500,00	18
04553	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 345,80	18
	Valvule tricuspидienne :		
04556	Commissurotomie (PG-23)	537,60	18
04557	Remplacement (PG-23)	701,30	18
04558	Valvuloplastie et annuloplastie (PG-23)	701,30	18
	Valvule pulmonaire :		
04561	Valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (PG-23)	807,50	18
04562	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04563	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (PG-23)	1 211,20	18
	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	18
04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (PG-23)	1 300,00	18
04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum, plastie mitrale, CIA secundum) « C » (PG-23)	1 816,80	18
04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV, plastie tricuspидienne, CIA secundum) (PG-23)	2 721,40	18
04571	réparation d'une communication interauriculaire de type sinus venosus « C » (PG-23)	1 533,00	18
04572	atrioseptopexie pour cor triatriatum ou transposition des vaisseaux de la base ou oreillette commune (PG-23)	2 017,60	18

		R = 1	R = 2
04573	Opération de Fontan (PG-23) « C »	3 600,00	18
	Ventricules :		
	Réparation d'une communication interventriculaire :		
04576	unique ou postinfarctus (PG-23)	1 845,80	18
04577	multiple (PG-23)	2 017,60	18
04578	agrandissement ou création de communication inter-ventriculaire (PG-23)	1 076,60	18
04579	Tunnel interne du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 4 500 \$ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin spécialiste en chirurgie cardiovasculaire et thoracique pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.		
	AVIS : Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus du code d'acte 04579 . La valeur monétaire sera ajustée par la Régie en tenant compte des règles 14 et 23 du préambule général.		
04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
04582	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (PG-23)	1 076,60	18
04583	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche (PG-23)	1 345,80	18
04584	Réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (PG-23)	2 817,00	18
+	dans les cas de tétralogie ou pentalogie de Fallot complexe :		
+ 04005	si correction de CIA de type ostium primum et valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages, supplément (PG 23)	1 211,20	
+ 04006	si valvuloplastie et annuloplastie de la valvule tricuspide, supplément (PG 23)	631,15	
+ 04007	si correction de sténose des artères pulmonaires au delà du tronc, par patch ou par greffon, supplément (PG 23)	500,00	
04585	réparation d'anévrisme ventriculaire (PG-23)	672,90	18
04586	cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	736,00	18
04587	réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (PG-23)	1 272,20	18
	Cardiographie :		
04588	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (PG-23)	672,90	12
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		6

R = 1 R = 2

04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch Arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (PG-23)	4 036,30	18
04534	correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel (PG-23), supplément	1 261,70	
04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) « C » (PG-23)	4 036,40	18

CHIRURGIE CORONARIENNE

04037	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément	500,00	

Réparation

Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne			
T 04601	unique (toute technique) (PG-23)	868,90	18
T 04602	deux (toute technique) (PG-23)	1 069,35	18
T 04603	trois (toute technique)	1 270,95	18
T 04604	quatre (toute technique)	1 339,80	18
T 04605	cinq (toute technique)	1 403,55	18
T 04606	six et plus (toute technique)	1 536,15	18
Prélèvement de greffons autologues artériels ou veineux			
04607	un greffon, supplément (PG-23)	100,90	
04611	deux greffons, supplément (PG-23)	134,60	
04612	trois greffons ou plus, supplément	168,20	

AVIS : *Inscrire le nombre de greffons effectués dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun effet sur les honoraires.*

04022	si effectué par technique endoscopique ou robotique, par greffon, supplément (PG-23)	100,00	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de greffons dans la case UNITÉS;
- Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la technique utilisée (endoscopique ou robotique).*

04608	Chirurgie coronarienne ou valvulaire à coeur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément . . .	344,40	
NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.			
04610	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)	1 908,30	18

CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

+ 04038	Si fermeture sternale primaire complexe avec système spécialisé, supplément.	500,00	
04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique peropératoire (toute technique), supplément (PG-23)	256,00	
	Technique d'ablation :		
04622	section de faisceau accessoire (WPW) par cardiectomie et/ou par cryothermie (toute technique) (PG-23)	672,90	15
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément.		3
04624	par résection endocardique ou par cryochirurgie pour tachycardie ventriculaire (toute technique) (PG-23) . .	556,20	15
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément.		3
04619	myocardique auriculaire (procédure de MAZE) toutes voies d'approche, incisions, radiofréquence ou autre .	841,10	
	NOTE : L'acte codé 04619 est rémunéré à 90 % si effectué lors d'une chirurgie cardiaque.		

AVIS : *Veuillez utiliser le MOD=053 pour demander 90 % du tarif de l'acte. Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.*

APPAREIL VASCULAIRE

THORACIQUE

+ 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	18
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	18
04632	Réparation d'anneau vasculaire (PG-23)	807,50	18
04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	1 348,80	18
04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	807,50	18
	Anastomose :		
04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (PG-23)	1 348,80	18
04638	cavo-pulmonaire (PG-23)	2 272,20	18
04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (PG-23)	1 367,90	18
04598	anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante incluant le shunt systémo-pulmonaire, le cas échéant « C » (PG-23)	1 800,00	18
04621	réparation de retour veineux partiel anormal (PG-23) . .	953,60	18
04626	réparation de retour veineux total anormal (PG-23) . . .	2 400,00	18
04627	réparation de sténose des veines pulmonaires (PG-23)	1 907,20	18
04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (PG-23)	672,90	18
	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	18
04635	bilatérale « C » (PG-23)	2 860,90	18
04636	fermeture de CIV et/ou conduit externe du ventricule-vaissaux de la base, supplément (PG-23)	953,60	
04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (PG-23)	403,70	18
04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (toute technique) (PG-23)	807,50	18

Chirurgie de l'aorte

04687	Lors d'une chirurgie de l'aorte, les cas suivants donnent droit à un supplément de 210,30 \$: anévrisme disséquant ou rompu, dissection aortique		

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la condition spécifique qui permet de facturer ce supplément.*

		R = 1	R = 2
D	04645 Remplacement de l'aorte ascendante (PG-23)	1 272,20	18
	Réparation d'un anévrisme de la crosse aortique (toute technique) (PG-23)		
	04647 temps chirurgical	2 017,60	18
	04026 temps radiologique	987,50	18
	04027 temps chirurgical et radiologique	2 017,60	18
	NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.		
D	04648 Réparation d'un anévrisme de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales (toute technique)	1 694,60	18
D	04650 Réparation d'un anévrisme de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 780,00	18
	04651 avec réimplantation d'une artère viscérale (toute technique), supplément	403,70	
	04652 avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	726,00	

Autres chirurgies

04655	Thrombo-endartérectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant	2 161,70	18
04649	Embolectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte pour embolie pulmonaire aiguë	1 051,40	18
04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	818,05	15

NON THORACIQUE (TOUTE VOIE D'APPROCHE, TOUTE TECHNIQUE)**AVIS :** Voir la règle 8.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	99,25	2
04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	210,00	6
04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	450,00	10
04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	100,00	
04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	380,00	8
	Réparation d'anévrisme		
04667	d'une artère périphérique	504,00	8
	NOTE : Aucun des deux suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.		
04668	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	150,00	4
04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	450,00	4

		R = 1	R = 2
04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	691,90	8
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplace- ment au même site		
04677	aorte	666,80	15
04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	958,15	15
04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 062,60	15
04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	517,00	12
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplace- ment au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
04683	aorte, supplément	300,00	
04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	435,55	
04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	483,00	
04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément	246,80	
04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodialyse (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement)	315,00	
04028	prothèse aortique, supplément	315,00	
04029	prothèse d'un vaisseau périphérique, supplément	350,00	

AVIS : *Le protocole opératoire et le rapport de pathologie sont obligatoires pour l'appréciation de ce service.*

04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	350,00	
	NOTE : Ce supplément ne peut être utilisé avec les actes codés 04677, 04678, 04679, 04680 et 04688.		

Perfusion régionale pour chimiothérapie

04691	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir	280,00	8
04040	Perfusion régionale hyperthermique du membre supérieur ou du membre inférieur, incluant la technique, la prise en charge du patient ainsi que la surveillance	600,00	10
01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	450,00	10

Thrombo-endarterectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale

04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	840,00	15
04693	Aorto-aortique	1 200,00	15
	Aorto-iliaque :		
04694	unilatéral	1 000,00	15
04695	bilatéral	1 400,00	15
	Aorto-fémoral :		
04696	unilatéral	1 150,00	15
04697	bilatéral	1 500,00	15
04698	ilio-fémoral	940,80	12
04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 300,00	15

		R = 1	R = 2
04030	Temps radiologique dans les cas de pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier, toute technique.	1 092,50	15
	NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.		
04701	Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément.	300,30	
04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément.	600,60	
04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément.	900,90	
04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément.	110,25	
	<i>Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique</i>		
04707	Fémoro-poplitée.	504,00	12
04708	Fémorale commune.	504,00	12
04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière.	504,00	12
04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt.	750,00	12
	<i>Pontage d'une artère périphérique</i>		
	Fémoro-poplité :		
04713	prothèse synthétique.	700,00	12
04714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses.	1 000,00	12
	Fémoro-tibial ou péronier :		
04715	prothèse synthétique.	700,00	12
04716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses.	1 100,00	12
	Fémoro-pédieux ou plantaire :		
04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses.	950,00	12
04031	Pontage fémoro-fémoral ou ilio-fémoral associé, supplément.	300,00	
04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales).	1 350,00	12
04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément.	200,00	
04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon.	705,60	12

Autres pontages

	Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axillaire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt, incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :		
04725	pontage par prothèse synthétique	740,90	12
04726	pontage par prothèse veineuse (toute technique) . . .	711,00	12
04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertébrale	823,20	12

S

	Pontage :		
04732	axillo-fémoral	784,00	12
04733	fémoro-fémoral	705,60	12
04734	sous-clavier - sous-clavier	711,00	12
04735	axillo-bi-fémoral	1 000,00	15
	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	105,00	
04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément.	36,80	

Divers

04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	315,00	12
04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	52,50	
	Anastomose :		
04743	porto-cave	680,00	15
04744	spléno-rénale	756,00	18
04745	mésentérico-cave	1 008,00	18
04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	131,25	

Hémodialyse

04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	400,00	10
04032	Création d'une nouvelle fistule artério-veineuse au même site qu'une ancienne fistule, avec ou sans greffe	350,00	10
04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	210,00	10

Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse

04752	Thrombectomie par voie ouverte	181,95	6
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	315,00	10
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	242,55	8
04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	115,50	7
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	121,30	

Réparation de fistules artério-veineuses excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie

04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse (PG-28 pour chirurgien général seulement)	105,00	7
04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus (PG-28 pour chirurgien général seulement)	160,85	7

S

D

NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux deux actes ci-dessus.

Réparation

	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du cou par :		
04762	suture simple	740,90	10
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (PG-23)	823,20	12
04764	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	619,50	15
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :		
04033	suture simple	740,90	10
04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	864,35	12
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
04768	suture simple (PG-28)	250,00	8
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	660,00	8
04770	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	604,80	10
D -----	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	(voir système musculo-squelettique)	
D -----	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	(voir système musculo-squelettique)	
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	114,00	6
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie.	450,40	6
04778	Ligature de la veine fémorale (toute technique)	213,15	5

VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	96,50	6
04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	106,00	6
04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (PG-28)	257,35	6
04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	321,70	6
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
04786	une incision	70,70	5
04787	deux incisions	87,15	5
04788	trois incisions ou plus	94,40	5
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.		
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse		
04790	une incision	15,05	
04791	deux incisions	30,00	
04792	trois incisions ou plus	46,30	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.		
04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompetentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett . . .	321,70	6
04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	240,00	5
04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récurrence de varices	126,00	6
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	107,25	5
04799	sous-aponévrotique	210,00	5

INDEX

Page

SYSTÈME LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE	K-2

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Excision

T 04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)	150,00	6
T 04158	si effectuée sous anesthésie générale, supplément	126,80	
T 04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)	221,30	6
T 04162	Réséction locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (PG-28)	221,30	6
T 04160	Réséction locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui transmis dans les 3 mois suivant l'intervention)	415,15	6

AVIS : Le rapport pathologique ou microbiologique doit être envoyé en même temps que votre demande de paiement. Si celui-ci n'est pas disponible lors de la facturation, attendre que la Régie vous fasse parvenir une demande de renseignements complémentaires pour le transmettre.

T 04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	922,25	10
T 04257	Splénectomie chez le cadavre	270,55	
	Rupture de la rate, réparation par :		
T 04250	suture (non iatrogénique)	1 012,95	10
T 04166	suture (iatrogénique)	491,90	
T 04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	1 045,20	10
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	504,00	10
T 04236	Bouton osseux	38,85	4
	Évidement cervical :		
T 04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	830,30	10
T 04234	total	664,25	10
T 04242	bilatéral, toutes techniques	1 107,10	12
T 04238	sus-hyoïdien	415,15	7

		R = 1	R = 2
	Évidement des ganglions lymphatiques :		
04243	région inguinale superficielle ou iliaque seule	584,10	6
04244	régions iliaque et inguinale superficielle et profonde . .	765,95	10
04240	région axillaire de niveau 1, 2 ou 3	614,85	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance		
04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identi- fication et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	295,15	6
04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une inter- vention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	106,20	
T 04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule) .	1 183,00	12
T 04249	post-chimiothérapie, supplément.	200,00	
-----	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	(Voir peau-phanères)	
T 04245	profond.	475,00	6
S			
T 04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	500,00	10
04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique.	344,00	8

INDEX

Page

SYSTÈME DIGESTIF	L-2
Lèvres	L-3
Bouche	L-3
Dents et gencives	L-4
Langue	L-5
Palais et luette	L-6
Amygdales et adénoïdes	L-7
Pharynx	L-7
Glandes salivaires	L-8
# Oesophage	L-9
Estomac	L-10
# Intestin (à l'exception du rectum)	L-12
Appendice	L-14
Rectum	L-14
# Anus	L-16
Foie	L-17
Voies biliaires	L-18
Pancréas	L-19
Abdomen, péritoine et épiploon	L-20
ANNEXE : Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie	L-23

L - SYSTÈME DIGESTIF

AVIS : *Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

NOTE : L'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 actes codés 05290, 05291, 05295 à 05299, 05528, 05529, 05541, 05545, 05546 sont réclamés 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

05510	Acte de moins de 100 \$, supplément.	20,00
05511	Acte entre 100 \$ et 299 \$, supplément.	60,00
05512	Acte entre 300 \$ et 599 \$, supplément.	110,00
05513	Acte de 600 \$ et plus, supplément.	170,00

AVIS : *Pour déterminer le supplément à appliquer pour votre code d'acte, veuillez vous référer à 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.	75,00 2
+	05548	avec un score de Child-Pugh C, supplément.	100,00 2

LÈVRES*Excision*

05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (PG-28)	262,50	6
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	35,00	4
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	276,75	5

Réparation

Fissure labiale :			
05320	unilatérale	838,35	8
05321	bilatérale en un temps.	1 028,40	8
05322	bilatérale en deux temps, chacun	338,50	8
05316	correction de la pointe du nez, supplément.	279,45	
05317	correction de la crête alvéolaire, supplément	279,45	
Chirurgie itérative pour fissure labiale			
05318	reprise complète de labioplastie post-fissure labiale congénitale	1 072,00	8
05319	correction mineure de labioplastie post-fissure labiale congénitale	328,15	8
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps.	598,80	8
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (cheiloplastie).	553,55	8

BOUCHE*Incision*

05001	Drainage d'un abcès sublingual	112,50	5
05002	Drainage d'angine de Ludwig sous anesthésie générale	282,90	5

Excision

05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (PG-28)	54,30	5
05161	Excision de grenouillette	345,95	5
Excision de lésion maligne :			
05034	2 cm ou moins.	276,75	5
05035	plus de 2 cm	353,60	5

Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes de l'addendum de chirurgie.

05158	Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule	848,70	12
05159	désarticulation du condyle, supplément	52,50	

DENTS ET GENCIVES*Incision*

05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage	38,75	6
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
05100	simple	32,85	5
05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	34,40	6

Excision

05168	Kyste dentaire	282,90	6
	Alvéolectomie :		
05208	premier centimètre	55,25	5
	chaque centimètre additionnel	24,60	
	maximum	399,35	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant
le nombre de centimètres dans la case
UNITÉS.

S

	Extraction dentaire :		
05203	une dent	14,35	6
	chaque dent additionnelle au cours de la même séance opératoire.	7,20	

AVIS : L'ablation chirurgicale d'une dent ou
d'un fragment dentaire faite par un médecin
dans un centre hospitalier est assurée
uniquement pour les personnes assurées
âgées de moins de 10 ans. Toutefois,
ces services demeurent assurés sans égard
à l'âge lorsqu'ils sont rendus à des prestataires
d'une aide financière de dernier recours
qui présentent un carnet de réclamation valide.

Les services d'anesthésie-réanimation et de
radiographie reliés à un service dentaire non
assuré ne sont pas assurés, à l'exception
des services d'anesthésie-réanimation reliés
à un service dentaire rendu dans un centre
hospitalier (réf. : Règlement d'application de
la Loi sur l'assurance maladie, article 22r et s).

05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	29,50	6

LANGUE

AVIS : *La réparation de lacérations de la langue est payable sous le code d'acte **01316, 01317, 01323** ou **01325**.*

Incision

	05501	Libération du frein de la langue	30,00	4
T	05007	Abcès de la langue (traitement complet)	63,00	4

S

Excision

		Excision de lésion bénigne de la langue		
	05066	2 cm ou moins	54,30	4
	05068	plus de 2 cm	207,60	5
	05065	Excision de kyste de la base de la langue chez un enfant de moins de 3 ans	408,00	6
		Excision de lésion maligne de la langue		
	05069	2 cm ou moins	276,75	5
	05070	plus de 2 cm ou glossectomie subtotale	415,15	6
	05514	Technique micrographique par couche, supplément. . .	100,00	1

NOTE : Maximum 3 couches

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de couches dans la case UNITÉS.*

PALAIS ET LUETTE*Incision*

05008	Abcès du palais	55,50	4
05009	Fénectomie du palais pour radiothérapie	25,80	4

Excision

05120	Uvulotomie (excision de la luette)	55,50	5
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	415,15	6

Réparation

05329	Fissure palatine en un ou deux temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau du vomer	916,60	12
05330	Lambeau pharyngé pour cure d'incompétence vélopharyngée	315,00	6

NOTE : Ne s'applique pas à la cure d'apnée nocturne ou de ronflement.

Traitement complet d'apnée du sommeil, toutes techniques chirurgicales

UPPP ou LAUP

05131	première séance	325,50	7
05133	séance subséquente de traitement, incluant la visite, maximum de 3 par période de 12 mois	53,30	
05135	Suspension hyoïdienne - Technique de Riley	326,40	6

NOTE : Avec syndrome d'apnée du sommeil documenté par oxymétrie nocturne (dans un laboratoire de sommeil reconnu) ou par étude polysomnographique démontrant un index d'apnée égal ou supérieur à 15 événements respiratoires par heure (apnée et/ou hypopnée). L'un ou l'autre des tests doit être interprété par un spécialiste en neurologie ou en pneumologie.

AVIS : Pour les codes d'acte **05131** et **05135**, conserver pour une période de 60 mois, une copie du rapport polysomnographique pour fins de références ultérieures.

05335	Fistule palatine	344,00	8
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une défectuosité du palais antérieur	726,55	9

NOTE : La règle 7 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique ne s'applique pas à ce service médical.

AMYGDALES ET ADENOÏDES*Incision*

T 05021	Abcès périamygdalien, ouverture	54,30	5

Excision

T 05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	54,30	5
T 05228	Amygdalectomie ou adénoïdectomie	207,60	4

Réparation

Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhinopharyngé			
T 05491	sans anesthésie générale	55,50	7
T 05492	sous anesthésie générale	276,75	

PHARYNX*Incision*

Incision, drainage et soins d'abcès :			
T 05016	intra-oral	56,20	5
T 05017	parapharyngé par voie cervicale	345,95	6
T 05018	réthropharyngé ou parapharyngé par voie buccale	138,40	6
T 05003	myotomie du cricopharyngé	415,15	5

Excision

T 05015	Exérèse apophyse styloïde	282,90	6
T 05126	Exérèse de fistule branchiale	553,55	6
T 05212	Pharyngectomie partielle (PG-28)	565,80	8
NOTE : Ne peut s'ajouter aux services médicaux 03115, 03220, 05158 et 05159			

T 05172	Exérèse de kyste branchial	415,15	6
T 05502	Exérèse primaire de kyste ou sinus thyroéglasse avec hyoïdectomie partielle	344,05	6
T 05503	Exérèse de kyste ou sinus thyroéglasse récidivant avec hyoïdectomie complémentaire, le cas échéant . . .	553,55	7
T 05178	Exérèse de sinus branchial	273,00	6
T 05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants . .	553,55	7

Réparation

T 05347	Suture d'une plaie du pharynx.	138,40	6

GLANDES SALIVAIRES*Incision*

	Sialolithotomie :		
	par voie buccale :		
T 05085	1/3 antérieur du canal	54,30	5
T 05086	2/3 postérieur du canal	141,45	6
T 05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide : traitement complet	56,20	5
T 05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous- maxillaire	57,45	5
05515	Sialendoscopie diagnostique sous anesthésie générale	200,00	7
05516	avec dilatation pour sténose, supplément	100,00	
05517	avec extraction de calcul avec sonde à panier, supplé- ment	150,00	
05518	avec extraction de calcul nécessitant une fragmenta- tion avec laser et exérèse avec sonde à panier, supplé- ment	200,00	
05519	avec plastie de l'orifice du canal, supplément	100,00	
05520	avec sialolithiome du canal pour extraction de gros calcul ne pouvant sortir par orifice naturel, supplément	150,00	

Excision

T 05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (PG-28)	56,20	5
T 05213	Exérèse de glande sous-maxillaire (PG-28)	415,15	5
T 05171	Exérèse de tumeur de la parotide (sans dissection du nerf facial) (PG-28)	415,15	5
T 05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	968,70	10

Réparation

T 05340	Réfection du canal (plastie)	484,35	5
T 05351	Réimplantation du canal de Wharton, unilatérale	276,75	5
T 05341	Fermeture d'une fistule salivaire	408,00	5
	Relocalisation des glandes sous-maxillaires		
T 05031	unilatérale	287,55	5
T 05032	bilatérale	489,60	7

Manipulation

T 05801	Dilatation du canal	33,95	5

OESOPHAGE*Incision*

Oesophagostomie ou oesophagotomie incluant l'exérèse de tumeur bénigne ou de corps étranger, le cas échéant			
T 05019	cervicale	383,00	6
T 05020	thoracique	438,80	10
T 05033	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique avec ou sans myotomie, supplément	294,00	5

Excision

T 05116	Cure de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker) incluant la myotomie du crico-pharyngien	642,10	8
T 05130	Résection locale avec anastomose bout à bout	799,30	12
T 05287	Oesophagectomie totale ou subtotale ou oesophago-gastrectomie incluant la vagotomie et l'interposition gastrique, toute voie d'approche	2 213,40	15
T 05290	chirurgien collaborateur	980,50	

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

T 05289	Pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	338,15	
T 05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	2 508,55	18
	équipe de deux chirurgiens		
T 05220	chirurgien principal	2 431,00	18
T 05221	deuxième chirurgien	1 155,95	
T 05236	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	361,55	
T 05237	Oesophagectomie avec fistule cutanée et gastrostomie, sans anastomose	1 660,05	15
T 05521	Exérèse de duplication oesophagienne, toute technique, toute voie d'approche (PG-23)	1 029,35	12

Réparation

T 05348	Oesophagoplastie cervicale	726,90	6
T 05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	1 352,65	15
NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant			
	pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	105,00	
T 05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller), toute voie d'approche	1 045,20	12
T 05344	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique, supplément	430,40	3

		R = 1	R = 2
T 05067	Réparation d'une hernie hiatale incluant le procédé antireflux et la dilatation, le cas échéant, toute voie d'approche (PG-23)	1 180,45	12
T 05331	avec allongement de l'oesophage (cardiogastroplastie), toute voie d'approche, supplément (PG-23)	245,90	3
+ 05549	Réparation d'une hernie paraoesophagienne (PG-23) . .	1 180,45	15
	Perforation ou rupture de l'oesophage :		
T 05356	voie cervicale	707,05	7
T 05357	voie thoracique ou abdominale ou les deux	1 254,30	12
T 05332	avec procédure antireflux, supplément	430,40	3
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne :		
T 05359	voie cervicale	319,35	5
T 05360	voie thoracique	1 106,70	10
05522	Cure de fistule trachéo-oesophagienne congénitale par voie thoracique, incluant la bronchoscopie, le cas échéant	1 083,60	15
T 05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne, incluant la bronchoscopie, le cas échéant (PG-23).	1 850,30	15
T 05523	Cure de sténose congénitale de l'oesophage (PG-23) . .	1 235,20	10
05524	avec procédure antireflux, incluant la cure de hernie hiatale, supplément	350,00	3
T 05504	Exploration thoracique pour astrésie de l'oesophage, sans anastomose, incluant la bronchoscopie, le cas échéant (PG-23)	1 012,95	12
05525	avec allongement oesophagien de type Foker, supplément	300,00	3

ESTOMAC

Incision

T 05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt) (PG-23)	595,65	10
T 05023	Gastrotomie ou duodénostomie, temporaire ou permanente, par voie ouverte ou laparoscopique (PG-23) . . .	651,70	6
T 05076	Vagotomie, toute voie d'approche (toute technique) « D »	641,25	8
T 05025	Gastrotomie avec exploration ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie ou mise en place de prothèse endoluminale	651,70	7

Excision

	Gastrectomie :		
T 05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	1 328,05	10
S			
T 05226	totale incluant la vagotomie	1 623,20	12
T 05291	chirurgien collaborateur	973,95	

AVIS : Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

		R = 1	R = 2
05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	461,15	3
05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	221,30	
05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	362,75	
05550	dissection radicale type D2 et/ou type D3 pour néoplasie gastrique, supplément	472,70	3
NOTE : La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique propre et commune, du tronc coeliaque, de l'artère splénique ainsi que des ganglions autour du tronc veineux gastro-colique et péricardaux.			
<i>Réparation</i>			
05363	Pyloroplastie (PG-23)	707,05	7
05364	Pyloroplastie et vagotomie	810,30	7
05365	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie : sans vagotomie	762,40	7
05366	avec vagotomie	810,30	7
05305	Chirurgie pour obésité morbide Gastroplastie prothétique ajustable incluant, le cas échéant, la réparation d'une hernie hiatale par fermeture de l'hiatus oesophagien avec plicature des piliers diaphragmatiques et la mise en place d'un réservoir sous-cutané ainsi que son calibrage ultérieur	810,30	12
T 05355	Gastroplastie de réduction	1 250,00	12
05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes anastomoses digestives	1 620,65	12
05528	chirurgien collaborateur	720,00	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.			
05307	avec cholécystectomie, supplément	357,95	
05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes anastomoses digestives	1 782,70	12
05529	chirurgien collaborateur	792,00	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.			
05309	avec cholécystectomie, supplément	357,95	
T 05527	Révision ou exérèse de la prothèse ajustable et/ou du cathéter et de son réservoir, sous anesthésie générale.	600,00	12
05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	1 012,95	8
05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	553,35	6
05376	Gastrorraphie ou duodénorrhaphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiploplastie	737,80	10

INTESTIN (à l'exception du rectum)*Incision*

05108	Endoscopie de l'intestin par entérotomie ou colotomie lors d'une laparotomie, supplément	159,85	
05027	Iléostomie ou jéjunostomie (PG-23)	651,70	6
05238	Iléostomie ou jéjunostomie lors d'une autre chirurgie, supplément (PG-23)	325,90	
05029	Colostomie (PG-23)	651,70	6
05038	au cours d'une autre intervention, supplément	325,90	
05030	Caecostomie	651,70	6
05090	Entéro-entérostomie seule (grêle ou côlon) (PG-23)	762,40	8
05039	entéro-entérostomie (grêle ou côlon) au cours d'une autre intervention, supplément	381,20	
	Entérotomie ou colotomie incluant, le cas échéant, une ou plusieurs biopsies ou exérèse de corps étranger ou exérèse de tumeur		
05093	unique (PG-23)	676,35	7
05094	multiple (PG-23)	799,30	9
	Stricturoplastie pour maladie inflammatoire		
05097	unique	810,30	9
05098	additionnelle ou effectuée lors d'une autre chirurgie abdominale, chacune	243,10	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de stricturoplasties dans la case UNITÉS.

Excision

05121	Diverticule de Meckel (PG-23)	713,20	7
05110	exérèse de diverticule de Meckel au cours d'une autre intervention, supplément	356,60	
	Résection intestinale, sans anastomose :		
05136	intestin grêle ou côlon avec entérostomie, incluant la fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 209,95	10
05165	recto-sigmoïde avec colostomie et fermeture du bout distal (Hartmann) ou fistule muqueuse (PG-23)	1 328,05	10
05166	totale du côlon avec iléostomie et fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	1 770,75	12
	Procto-colectomie totale et iléostomie :		
05233	un chirurgien.	2 213,40	12
	deux chirurgiens :		
05234	chirurgien abdominal.	2 106,80	12
05235	chirurgien périnéal.	885,40	
	Résection intestinale avec anastomose :		
05140	grêle (PG-23)	1 209,95	10
05152	grêle non contigu au cours d'une autre intervention, supplément.	605,00	
05141	iléo-caecale (PG-23)	1 209,95	10
05142	hémicolectomie droite (iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique) (PG-23)	1 209,95	10

		R = 1	R = 2
T 05154	segment du côlon gauche ou transverse (PG-23)	1 209,95	10
T 05164	hémicolectomie gauche (PG-23)	1 209,95	10
T 05231	segment du côlon non contigu lors d'une autre résection colique, supplément	605,00	
T 05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie (PG-23)	1 918,30	12
	colectomie totale avec formation d'un réservoir iléal et anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation		
T 05279	un chirurgien	2 951,25	15
	deux chirurgiens		
T 05280	chirurgien abdominal	2 755,15	15
T 05281	chirurgien périnéal	885,40	
T 05505	avec mucosectomie rectale, supplément	295,15	

Réparation

	Conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation		
T 05282	un chirurgien	2 025,80	15
	deux chirurgiens		
	05530 chirurgien abdominal	1 100,00	15
	05531 chirurgien périnéal	800,00	
T 05026	avec résection rectale dans un même temps, supplément	573,95	
T 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	250,00	
	Révision d'entérostomie (grêle ou côlon)		
T 05382	sus-fasciale	344,25	7
T 05383	sous-fasciale	516,50	7
T 05397	Transposition d'entérostomie (grêle ou côlon) dans un autre site avec ou sans laparotomie	799,30	7
T 05377	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale, supplément	258,15	
T 05378	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale et plaque synthétique, supplément	461,90	
T 05389	Suture intestinale (lacération de part en part) (PG-23) « D »	464,80	7
T 05387	Suture intestinale au cours d'une autre intervention, par lacération, supplément (PG-23)	118,05	
+ 05390	Fermeture d'entérostomie avec ou sans résection contiguë (grêle ou côlon) (PG-23)	762,40	8
T 05388	au cours d'une autre intervention, supplément (PG-23)	418,60	
T 05393	Suture du mésentère post-traumatique sans autre intervention abdominale	651,70	7
T 05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale (PG-23)	810,30	15
T 05534	Cure d'atrésie duodénale (PG-23)	1 338,15	10
	05535 si plastie duodénale proximale, supplément	150,00	

Manipulation

T 05805	Réduction de prolapsus (PG-28)	65,75	4
T 05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	63,95	4
05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie, lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie	44,00	

		R = 1	R = 2
T 05384	Occlusion intestinale :		
T 05385	sans résection (PG-23)	885,40	8
T 05386	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale (PG-23)	885,40	8
T 05361	avec anastomose incluant la résection ou l'entéro-entérostomie (PG-23)	1 209,95	10
T 05369	Cure d'iléus méconial incluant l'iléostomie (toute technique) (PG-23)	1 134,50	18
	Lavage colique per-opératoire par incision entérique unique ou multiple, incluant appendicectomie le cas échéant, supplément	108,05	

APPENDICE*Incision*

T 05036	Drainage d'abcès appendiculaire (PG-23)	540,20	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec l'acte codé 05201.		

Excision

T 05201	Appendicectomie toute voie d'approche (PG-23)	531,20	5
T 05209	exérèse de diverticule de Meckel, supplément (PG-23)	391,70	
	NOTE : Les services médicaux codés 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.		

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)	233,65	5
T 05045	Myotomie ou myectomie anorectale par voie périnéale	432,20	6
	NOTE : Le service médical codé 05045 ne peut pas être utilisé lors d'une correction de fissure anale.		

Excision

T 05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne ou villositaire du rectum	282,80	6
T 05182	Exérèse d'une tumeur villositaire du rectum par voie anale	368,90	6
05536	si technique TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery), supplément	120,00	2
T 05183	Exérèse par voie anale d'une tumeur maligne du rectum	715,80	8
05537	si technique TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery), supplément	120,00	2
05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	1 132,70	12
T 05250	Rectotomie postérieure Kraske	694,90	7

		R = 1	R = 2
T 05240	Proctectomie :		
05538	résection antérieure.	1 328,05	12
	si exérèse totale du mésorectum pour cancer rectal, supplément.	200,00	2
T 05241	résection périnéale d'un rectum restant.	1 147,95	10
T 05242	résection abdomino-périnéale avec colostomie :		
	un chirurgien.	1 918,30	14
	équipe de deux chirurgiens :		
T 05243	chirurgien abdominal.	1 696,90	14
T 05244	chirurgien périnéal.	885,40	
	résection complète du rectum avec « pull-through » et anastomose colo-anale manuelle :		
T 05292	un chirurgien.	2 133,85	14
	équipe de deux chirurgiens :		
T 05293	chirurgien abdominal.	1 863,70	14
T 05294	chirurgien périnéal.	1 080,45	
	Opération pour mégacolon congénital toute technique (PG-23)		
T 05253	un chirurgien.	2 133,85	15
	équipe de deux chirurgiens :		
T 05539	chirurgien abdominal.	1 863,70	15
T 05540	chirurgien périnéal.	1 080,45	
T 05812	Ablation de corps étranger sous anesthésie générale ou régionale, par voie anale	196,70	6
T 05304	Tératome sacro-coccygien (excision) (PG-23)	2 020,20	15
<i>Réparation</i>			
T 05400	Anastomose du rectum avec segment proximal incluant la fermeture de la colostomie ou de l'iléostomie.	959,10	10
	Imperforation anale :		
T 05418	voie périnéale (PG-23)	837,35	18
T 05434	voie sacro-coccygienne (PG-23)	1 296,50	18
05541	chirurgien collaborateur.	576,00	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.			
	Imperforation anale, voies abdominale et périnéale (PG-23)		
T 05437	un chirurgien.	2 131,65	18
D	équipe de deux chirurgiens :		
T 05542	chirurgien abdominal.	1 544,00	18
T 05543	chirurgien périnéal.	1 029,35	
	Prolapsus rectal :		
T 05404	excision de la muqueuse (PG-28)	310,60	6
T 05408	par rectopexie sans résection.	866,90	6
T 05409	par résection antérieure du rectum, incluant la rectopexie, le cas échéant	1 328,05	12
T 05405	par voie périnéale pour réparation majeure (Altmeier ou Delorme).	762,40	7
	Suture du rectum (post-traumatique) :		
T 05410	approche extrapéritonéale	325,90	6
T 05411	approche intrapéritonéale.	866,90	7

		R = 1	R = 2
T 05412	Fermeture de fistule : entéro-vaginale non associée à une résection intestinale	491,90	6
T 05413	entéro-vésicale « D »	866,90	6
<i>Manipulation</i>			
T 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	184,45	5
NOTE : Ce service médical ne peut être associé avec une autre chirurgie anale.			
ANUS			
<i>Incision</i>			
T 05050	Fistulotomie ou fistulectomie ou mise en place d'un sétan, avec ou sans drainage d'abcès (PG-23) (PG- 28)	258,15	6
T 05052	Sphinctérotomie ou fissurectomie (PG-28)	168,85	6
<i>Excision</i>			
+ 05144	Excision locale ou fulguration ou cryochirurgie 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)	184,45	5
T 05186	Excision locale pour lésion maligne	338,15	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)	319,65	6
T 05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, sous anesthésie générale ou régionale.	236,35	6
<i>Réparation</i>			
S			
+ 05421	Anoplastie pour sténose (PG-23)	430,40	18
+ 05551	Anoplastie pour fistule anale avec lambeau muqueux par glissement	325,00	7
+ 05552	Procédure de LIFT (Ligature intersphinctérienne du trajet de fistule)	350,00	7
T 05422	Plastie du sphincter anal pour incontinence	542,35	5
T 05432	avec transplantation musculaire, supplément.	162,10	1
T 05426	Encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch).	131,15	5

FOIE*Incision*

T 05057	Hépatotomie : exploratrice	499,70	7
T 05059	drainage ou marsupialisation d'abcès ou de kyste	762,40	7

Excision

T 05145	Hépatectomie : excision locale de lésion (PG-23)	651,70	9
T 05146	lobaire (régulée) (PG-23)	2 213,40	18
T 05295	chirurgien collaborateur (1*)	1 458,60	
T 05174	lobaire élargie (5 segments ou plus ou 4 segments incluant le segment I), supplément.	442,65	
T 05147	partielle (résection de foie) (PG-23)	1 045,20	12
T 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)	86,10	
T 05122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofré- quence, toute voie d'approche excluant la voie percutanée (une ou plusieurs).	774,65	10
T 05137	Thermodestruction tumorale effectuée par un médecin spécialiste d'une autre discipline lors d'une laparotomie ou associée à une résection hépatique, supplément. ...	425,45	

Réparation

T 05431	Réparation de lésion traumatique du foie (suture ou paquetage) excluant une lésion iatrogénique au cours de la même séance	866,90	10
	Transplantation hépatique :		
	intervention chez le donneur :		
T 05429	hépatectomie totale	1 205,10	12
	intervention chez le donneur vivant :		
T 05053	hépatectomie partielle, toute technique	2 836,15	12
T 05296	chirurgien collaborateur (1*)	1 701,65	
	intervention chez le receveur :		
T 05450	transplantation orthotopique, hépatectomie totale et greffe (PG-23)	4 051,65	18
T 05297	chirurgien collaborateur (1*)	2 431,00	
T 05453	réduction hépatique lors d'une transplantation	1 350,55	
	intervention chez le receveur à partir d'un donneur vivant :		
T 05506	transplantation orthotopique, hépatectomie totale ainsi que toutes les interventions vasculaires (PG-23)	5 402,20	18
+ 05553	chirurgien collaborateur (1*)	3 241,30	

AVIS :

(1*) Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

VOIES BILIAIRES

05544	Un supplément est payable si cholangiographie per-opératoire	25,00	1
<i>Incision</i>			
T 05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie toute voie d'approche	542,35	7
T 05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie	1 039,10	10
T 05419	Cholécysto-entérostomie	723,10	7
<i>Excision</i>			
T 05259	Excision de l'ampoule de Vater.	1 106,70	6
T 05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche	649,25	6
T 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	472,70	3
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.			
T 05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements désignés par le ministre)	510,50	7
<u>AVIS :</u> Voir la liste en annexe à la fin du présent onglet.			
T 05264	Cholécystectomie avec cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires).	885,40	7
T 05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, avec sphinctérotomie ou sphinctéroplastie	1 350,55	8
T 05277	Cholédochoscopie, supplément.	155,35	
Réopération sur les voies biliaires :			
T 05272	cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires).	1 180,45	8
T 05273	cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie ou sphinctéroplastie)	1 217,45	8
T 05439	plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	1 526,10	10
T 05442	anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu (PG-23).	2 025,80	12

		R = 1	R = 2
05485	Atrésie des voies biliaires extrahépatiques : cure par porto-entérostomie en Y avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique (PG-23)	2 147,45	18
05545	chirurgien collaborateur	954,00	
<u>AVIS :</u> 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).	1 904,25	18
05546	chirurgien collaborateur	846,00	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.			

PANCRÉAS*Incision*

05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	809,10	10
05005	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
	premier quart d'heure	86,10	8
	chaque quart d'heure additionnel.	39,55	
<u>AVIS :</u> Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.			

Excision

	Pancréatectomie		
05155	subtotale, simple, excluant la tête	1 475,60	12
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple).	2 459,35	18
05298	chirurgien collaborateur (1*)	1 620,65	
05218	cholécystectomie, supplément.	324,70	
05219	vagotomie, supplément.	141,80	
05157	excision locale de lésion.	922,25	8
05188	tumeur des îlots de Langerhans.	1 168,20	12
05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs. .	2 363,45	15
05268	pancréatographie per-opératoire, supplément	61,50	
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément.	110,70	

Réparation

05445	Pancréatico-gastrostomie	1 141,25	10
05446	Pancréatico-duodénostomie	1 017,40	10
05447	Pancréatico-jéjunostomie.	1 141,25	10
05448	Marsupialisation, pseudokyste du pancréas, drainage externe	715,80	9

AVIS : (1*) Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

		R = 1	R = 2
05424	Intervention chez le donneur prélèvement pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	774,65	10
05425	prélèvement pancréatique pour greffe d'îlots	245,90	10
05416	Intervention chez le receveur transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	3 074,20	18
05299	chirurgien collaborateur (1*)	1 260,00	

ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON

Incision

05010	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	220,50	6
05011	Laparoscopie lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	126,00	2

NOTE : L'acte codé 05011 ne peut s'ajouter à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.

AVIS : *Inscrire la mention « laparoscopie suivie d'une laparotomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, s'il y a lieu.*

05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	590,25	7
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	639,45	7
05061	Chirurgie ex utéro intrapartum		
05507	temps chirurgical	1 794,75	18
	temps obstétrical	1 204,00	18
05062	Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale incluant, le cas échéant, 1 ou 2 sites de péritonectomie seule sans autre intervention chirurgicale	1 106,70	8
05063	lors d'une autre intervention, supplément	553,35	
S			
T			
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale	210,00	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	184,45	4
	Sutures infectées		
05195	sous anesthésie locale	135,20	
05196	sous anesthésie générale ou régionale	221,30	6
05080	Drainage d'abcès sous-phrénique ou intra-abdominal ou rétropéritonéal, unique ou multiple (PG-23)	614,85	8
	NOTE : L'acte codé 05080 ne peut être facturé avec les actes codés 05036 et 05201 à la même séance.		

AVIS : (1*) Voir la règle 10.1 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

		R = 1	R = 2
05073	Drainage d'abcès du Douglas, par voie transrectale ou vaginale	215,20	6
05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale	215,20	5
05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	505,70	10
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire . .	222,70	6
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	309,85	6
<i>Excision</i>			
05190	Tumeur desmoïde située ailleurs qu'au rétropéritoine . .	860,75	11
05194	Kyste du mésentère, toute voie d'approche	651,70	5
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale	159,85	
05266	Omphalectomie ou omphaloplastie « D »	184,45	4
05267	Omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers)	455,00	6
Règle d'application :			
L'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.			
<i>Réparation</i>			
05455	Herniorraphie inguinale ou fémorale : simple, unilatérale, avec ou sans cure d'hydrocèle ou d'hématocèle, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28) (1*)	368,90	5
NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors d'une même séance.			
05457	bilatérale, toute voie d'approche, en un temps (PG-23) (1*)	553,35	7
05054	Cure de hernie récidivante (inguinale, fémorale ou crurale) (PG-28)	516,50	6
05468	Herniorraphie inguinale unilatérale avec orchidectomie, toute voie d'approche (PG-28) (1*)	399,65	6
05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure (PG-28)	405,80	6
05462	Herniorraphie ombilicale, toute voie d'approche (PG-28) (1*)	324,70	6
NOTE : Le service médical codé 05462 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.			

AVIS : (1*) Voir la note sous le code d'acte 05011.

		R = 1	R = 2
05471	Cure de hernie épigastrique, toute voie d'approche (PG-23) (PG-28) (1*)	324,70	6
	NOTE : Le service médical codé 05471 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
05488	Cure de hernie de Spiegel, toute voie d'approche (1*) . .	430,40	6
05469	Cure de hernie incisionnelle ou parastomale	614,85	6
05554	si technique de séparation des composantes, supplément	200,00	2
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé lors d'une laparotomie ou d'une laparoscopie pour une autre pathologie, faite par la même incision, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé pour les hernies inguinales, fémorales ou crurales récidivantes.		
05475	Réparation d'événtration postopératoire (PG-23).	542,35	6
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément	172,20	
+	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 05054, 05469, 05475 ou 05549.		
05466	Exérèse complète d'une plaque synthétique	307,40	6
	Cure de hernie étranglée ou incarcérée :		
05459	sans résection intestinale (PG-23).	516,50	6
05460	avec résection intestinale (PG-23).	1 209,95	8
05452	Cure d'omphalocèle ou gastroschisis (PG-23).	1 226,90	18
05473	Réparation avec sac en silo (omphalocèle ou gastroschisis)	897,40	18
	Cure de hernie diaphragmatique congénitale :		
05478	voie abdominale ou thoracique à l'exception de la hernie hiatale (PG-23).	1 226,75	18
05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale (PG-23) . .	1 389,50	18
Divers			
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué.	680,65	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome) (PG-23).	1 770,75	12
05489	Splanchnicectomie coeliaque transhiatale uni ou bilatérale, toute voie d'approche	637,15	10

AVIS : (1*) Voir la note sous le code d'acte 05011.

ANNEXE**Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie****Région 03 : Québec**

Centre hospitalier universitaire de Québec :
- Pavillon Saint-François d'Assise

Région 05 : Estrie

Centre hospitalier universitaire de santé de Sherbrooke :
- Hôpital Fleurimont

Région 06 : Montréal-Centre

Centre hospitalier de l'université de Montréal :
- Campus Saint-Luc

D Centre universitaire de santé Mc Gill :
- CUSM - Site Glen (adulte)

INDEX

Page

APPAREIL URINAIRE	M-2
Rein	M-2
Rétropéritoine	M-4
Uretère	M-4
Vessie	M-7
Urètre	M-9

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

06087 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale :
 - patient de moins 2 ans;
 - patient de 75 ans ou plus;
 - IMC >= 35;
 - paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadraplégie. 110,00
 NOTE : L'acte codé 06087 ne peut être facturé avec l'acte codé 06000

AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

06088	Un supplément est payable si effectué par laparoscopie. . .	120,00	2
T 06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	360,00	6

REIN

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Rein* peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision ou extraction

T 06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	263,00	5
06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	200,00	4
06012	Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie, avec ou sans exérèse de calculs.	662,55	10
T 06008	Extraction de calcul caliciel incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	526,00	8
06089	si faite par voie percutanée, supplément.	150,00	
06011	Néphrostomie par voie ouverte	490,00	5

		R = 1	R = 2
T 06005	Extraction de calcul coralliforme incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	736,00	10
06090	si faite par voie cutanée, supplément	150,00	
T 06006	Extraction de calcul pyélique incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	526,00	6
06091	si faite par voie percutanée, supplément	150,00	
T 06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	329,00	5
	NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale, par trajet de néphrostomie existant, voir le service médical code d'acte 00373.		
T 06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	345,50	6
<i>Excision</i>			
T 06100	Biopsie du rein par voie ouverte	345,50	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans une même séance.		
	Néphrectomie :		
T 06101	partielle	1 000,00	8
T 06200	totale incluant l'urétérectomie subtotale ou radicale avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux incluant, le cas échéant, l'exploration et la surrénalectomie ipsilatérale.	841,00	10
T 06084	radicale avec ou sans surrénalectomie effectuée(s) dans le cadre d'une volumineuse tumeur avec thrombus s'étendant dans la veine cave inférieure jusqu'au niveau de l'oreillette droite et nécessitant le recours à une circulation extracorporelle.	1 800,00	18
	NOTE : Les actes codés 06084 et 06200 ne peuvent être associés aux services médicaux codés 04241 et 04248.		
T 06199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux	1 000,00	12
T 06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassin par résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies du bassin, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée faites dans la même séance (par un urologue) et les tubes de drainage.	526,00	6
T 06204	Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	329,00	5
	Transplantation rénale :		
	excluant la thérapie immuno-suppressive		
06221	1 chirurgien	1 229,90	12
	équipe de 2 chirurgiens :		

		R = 1	R = 2
T	06222 temps vasculaire	441,00	12
	06223 temps urologique	197,00	
	Double greffe rénale		
	06092 Transplantation de deux reins durant la même séance opératoire	1790,00	18
	Néphrectomie :		
	06213 chez le donneur vivant.	654,15	10
	chez le donneur à coeur arrêté		
	avec prélèvement	536,20	10
D	06081 néphrectomie non complétée	250,00	10
	06214 chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	428,95	10

AVIS : Les actes **06080, 06081, 06213 et 06214** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

Réparation

T	06320 Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	504,00	8
	06322 Néphropexie	240,00	6
	06804 Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	61,50	
T	06327 Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	526,00	8

Suture

06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	753,75	7

RÉTROPÉRITOINE

06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	705,60	10
06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	441,00	6

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

URETÈRE

Incision ou extraction

T	06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle	200,00	5
		NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou urétéro-rénale.		

		R = 1	R = 2
06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction d'un calcul de l'uretère lombaire incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	413,70	5
T 06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction d'un calcul de l'uretère pelvien incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	460,00	6
T 06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée) incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance (par un urologue) et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 06005, 06006, 06008 et 06029 dans une même séance.	726,00	6
T 06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations uréthro-vésicales et urétéro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.	434,00	7
<i>Excision</i>			
S			
T 06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	329,00	5
T 06111	Traitement de tumeurs malignes pyélocalicielles ou de l'uretère ou les deux, par urétéroscopie rétrograde avec résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies des cavités et de l'uretère, la dilatation urétérale, les tubes de drainage, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales ou urétéro-rénales . . . NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06024 dans une même séance.	434,00	6

Réparation

T 06330	Urétérolyse unilatérale	360,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique <i>Urètre</i> , dans une même séance, par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline. Pour un chirurgien général ou un chirurgien vasculaire, ce service médical n'est pas payable en association avec une autre chirurgie abdominale ou rétro-péritonéale.		
T 06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-urètre ou remodelage unilatéral de 6 cm ou plus	526,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique <i>Urètre</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
T 06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie, avec ou sans néphrostomie	631,00	7
T 06334	Trans-urétéro-urétérostomie	631,00	7
T 06337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	394,00	7
T 06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage de plus de 6 cm)	526,00	7
T 06341	avec remodelage urétéral unilatéral de plus de 6 cm, supplément	131,00	
T 06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale	526,00	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales, les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou la cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire		
T 06305	par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres)	946,00	8
T 06315	par segment intestinal détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres)	1 095,00	16
06324	Urétéro-sigmoïdostomie unilatérale	736,00	8
T 06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	329,00	8
T 06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	112,00	6
06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	240,00	6
T 06318	Urétéro ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal) incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales	1 051,00	8
T 06323	Interposition d'un segment digestif entre la peau et la vessie, ou un réservoir urinaire incluant les résections et les anastomoses digestives et le cas échéant, les mécanismes antireflux; mais excluant l'entérocystoplastie d'augmentation par segments digestifs supplémentaires (ex. : Procédure de Mitrafanoff)	867,00	12
06339	Dérivation urétérale permanente prothétique incluant la création du trajet sous-cutané, le temps rénal et l'implantation vésicale unilatérale	526,00	8

Suture

T 06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère) par voie ouverte .	460,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical sur l'uretère ipsilatéral à la même séance et par la même voie d'approche.		

S

T 06350	Opération de Boari	631,00	8

VESSIE*Incision*

T 06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales . . .	263,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		

T 06013	Auto-agrandissement vésical par incisions multiples du détrusor	361,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		

T 06020	Cystostomie : isolée	263,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		

T 06023	avec un ou plusieurs des services médicaux suivants : - électrocoagulation - excision de tumeur vésicale - extraction de calculs	329,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgien(s) de la même discipline.		

T 06025	avec implantation de stimulateur électrique	460,00	5
T 06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	180,00	5
06018	Dénervation de la vessie par transection	350,00	7

		R = 1	R = 2
T 06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés, par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intra-vésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	946,00	12
T 06022	Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical	263,00	5
<i>Injections thérapeutiques</i>			
T 06001	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique <i>Vessie</i> ou sous la section <i>Procédés diagnostiques et thérapeutiques</i> dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.	220,00	4
<i>Excision</i>			
T 06159	Vésicostomie cutanée	329,00	4
T 06113	Cystectomie : partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse	460,00	6
T 06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse	631,00	8
T 06205	totale ou cystoprostectomie excluant évidemment ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétréctomie chez la femme)	736,00	12
T 06002	cystoprostectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétréctomie totale	2 100,00	18
T 06038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétréctomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale . . .	2 100,00	18
T 06041	pour segment détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres), supplément	150,00	
06042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Camey et autres), supplément . . .	240,00	
T 06052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Studer et autres), supplément . . .	368,00	
	NOTE : Les suppléments codés 06041, 06042, 06052 ne s'appliquent qu'aux actes codés 06002 et 06038.		

		R = 1	R = 2
	06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	321,70 5
		Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) :	
T	06168	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	228,00 5
		NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale à l'exception des actes codés 06060, 06061 ou 06247 si effectués à la même séance.	

Destruction

T	06301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	250,00 5

Réparation

T	06352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs.	526,00 5
T	06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales mais excluant la cystectomie partielle.	631,00 12
		Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales mais excluant la cystectomie totale et l'évidement ganglionnaire	
T	06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 183,00 12
T	06336	par segment intestinal détubularisé (ex. : Studer et autres)	1 314,00 16
	06277	Valve de continence, supplément par valve	206,85
		Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales	
T	06343	univalvulaire	631,00 15
	06344	plurivalvulaire	672,00 15
T	06383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés.	736,00 18

Suture

T	06357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie.	394,00 6
	06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée. .	345,45 5
		Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation	
T	06402	par voie sus-pubienne.	526,00 6
T	06403	par voie vaginale.	460,00 5
T	06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	394,00 5

URÈTRE*Incision*

T	06030	Urétrostomie externe antérieure.	131,00 5
T	06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	200,00 6

		R = 1	R = 2
T 06032	Méatotomie comportant la section du méat, l'hémostase et l'approximation des muqueuses	60,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
T 06033	Ouverture et drainage : d'un abcès péri-urétral profond	197,00	6
06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	263,00	6
<i>Excision</i>			
T 06190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	112,00	5
T 06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme) . .	263,00	6
T 06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	200,00	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
T 06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	200,00	6
T 06215	Urétrectomie totale	280,00	6
T 06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale	112,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
<i>Réparation</i>			
T 06362	Urétropexie, avec ou sans dérivation urinaire, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales per-opératoires (pour spécialistes en urologie seulement)	329,00	6
T 06021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	100,00	
06093	Urétropexie ou bandelette de suspension chez l'homme, toute technique, avec ou sans dérivation urinaire incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales per-opératoires	440,00	7
	Urétrolyse post-urétropexie		
T 06037	par voie sus-pubienne	438,00	7
T 06014	par voie vaginale	197,00	7
+ 06136	par voie périnéale	207,05	7
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section <i>Urètre</i> sous la rubrique <i>Réparation</i> .		
	Urétroplastie par voie ouverte, avec ou sans dérivation urinaire :		
T 06446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	460,00	7
T 06447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	460,00	7
T 06448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	329,00	7
06449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	460,00	7
T 06450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	736,00	7

		R = 1	R = 2
T 06373	Correction d'incontinence urinaire par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	220,00 631,00	5 10
T 06374	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tanagho, etc.)	736,00	8
T 06454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse	550,00	5
T 06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon . .	550,00	5
T 06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence . . .	550,00	5
	NOTE : Un seul des actes codés 06347, 06384 et 06454 peut être facturé par un ou plusieurs urologues à la même séance.		

Suture

T 06366	Urétrorrhaphie avec ou sans dérivation urinaire : pour rupture antérieure	197,00	5
T 06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	526,00	8
T 06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	631,00	8
T 06369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau	263,00	6
T 06302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	329,00	6
T 06370	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	526,00	6
06371	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	504,00	6
T 06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	329,00	6
	Reconstruction du sinus urogénital avec ou sans dérivation urinaire		
06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau . .	60,00	6
06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur .	150,00	6
06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur . .	275,00	7
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	672,00	10
T 06306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres	986,00	12
	avec abaissement vaginal :		
T 06307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	600,00	
06308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément . .	329,00	
	NOTE : Un seul de ces deux suppléments est payable au cours d'une même chirurgie.		

INDEX

Page

APPAREIL GÉNITAL MÂLE.	N-2
Pénis	N-2
Testicules	N-4
Scrotum	N-5
Canal déférent	N-5
Cordon	N-6
Vésicule séminale	N-6
Prostate	N-6

N - APPAREIL GÉNITAL MALE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- 06094 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants si effectués sous anesthésie régionale ou générale :
- patient de moins 2 ans;
 - patient de 75 ans ou plus;
 - IMC $\geq$ 35;
 - paraplégie et/ou tétraplégie et/ou quadriplégie.
- 110,00

AVIS : Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

PÉNIS

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Pénis* peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision

06077	Traitement chirurgical du priapisme toute technique, excluant les traitements par aspirations avec ou sans injection de substances pharmacologiques	346,75	6
06078	Implantation ou remplacement de prothèse non gonflable ou gonflable unipièce	346,75	6
T 06079	Implantation ou remplacement complet de prothèse gonflable à 2 ou 3 composantes	650,00	6

Excision

T 06127	Circuncision pour pathologie du prépuce	219,00	5
- NOTE : Ne peut s'appliquer pour la technique à la cloche.

AVIS : La condition pathologique justifiant la facturation du code d'acte **06127** doit être inscrite dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et indiquer la lettre « A » dans la case C.S.

		R = 1	R = 2
T 06119	Amputation : partielle du pénis dans un cas de cancer du pénis ou de l'urètre, incluant segment d'urètre	325,00	5
T 06218	complète du pénis incluant urérostomie périnéale	526,00	6
06131	Excision ou fulguration ou les deux de lésions locales du pénis et/ou allongement du frein du prépuce	31,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.		
06116	Exérèse ou révision de prothèse pénienne non gonflable ou gonflable unipèce	207,60	5
06117	Exérèse ou révision de prothèse pénienne gonflable à 2 ou 3 composantes	317,20	5
<i>Réparation</i>			
	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire :		
T 06354	correction en un temps (toute technique)	200,00	5
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire :		
T 06224	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	600,00	6
T 06226	correction de chordée.	263,00	6
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	360,00	5
	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire :		
T 06234	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 000,00	12
T 06236	correction de chordée.	329,00	6
T 06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	460,00	8
	Hypospadias périnéal avec ou sans dérivation urinaire :		
T 06291	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	1 500,00	18
T 06292	correction de chordée.	361,00	6
T 06293	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	578,00	8
T 06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias), avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanées.	1 000,00	6
T 06379	intervention additionnelle pour correction de fistule uréto-cutanée, une ou plusieurs	200,00	6
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias :		
06228	avec désinsertion des corps caverneux	672,00	8
T 06229	sans désinsertion des corps caverneux.	329,00	5
	Reconstruction pour transposition pénoscrotale, avec ou sans dérivation urinaire		
06238	sans urétroplastie	378,00	6
	Plastie des corps caverneux ou spongieux ou les deux :		
06380	après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	414,05	6
06095	si utilisation d'une greffe, supplément	400,00	2
	NOTE : L'acte codé 06095 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 3 heures ou plus		

		R = 1	R = 2
06432	pour épispadias 1 ^{er} temps avec plastie de la vessie pour extrophie vésicale, incluant les lambeaux cutanés	704,00	8
T 06433	pour épispadias, avec correction complète et plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	792,00	12
06382	pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en 2 temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	300,00	6
T 06396	Cure d'épispadias par la technique de Cantwell-Ransley	1 183,00	18
06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	900,00	18
	Revascularisation des corps caverneux par microchirurgie :		
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale(s), entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	350,00	8
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	493,00	10

TESTICULES

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Testicules* peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Excision

T 06122	Orchiectomie par voie scrotale, uni ou bilatérale	200,00	6
T 06125	Orchiectomie par voie inguinale	263,00	6

NOTE : Si cure de hernie associée, voir le service médical codé 05468, système digestif (cas particulier : C.S.)

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

Réparation

NOTE : Aucun des services médicaux de cette sous-section ne peut être facturé avec le service médical codé 05455 lorsque effectué du même côté à la même séance.

T 06257	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) ou de l'hydatide et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant ou les deux	301,00	5
T 06285	Orchidopexie	450,00	5
T 06245	Ligature de vaisseaux spermatiques pour orchidopexie, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	241,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans la même séance.		
T 06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	329,00	6
T 06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	263,00	6

		R = 1	R = 2
06388	Rupture du testicule (réparation)	200,00	6
SCROTUM			
06389	Traitement d'hydrocèle ou de spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration, le cas échéant	27,40	
	NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors d'une même séance.		
	<i>Incision</i>		
06394	Ouverture et drainage d'abcès intrascrotal.	200,00	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 épидидymaire, unilatérale	300,00	5
	NOTE : Un seul des actes 05455, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé par patient, pour l'ensemble des chirurgiens généraux lors d'une même séance.		
	<i>Excision</i>		
06106	Résection partielle du scrotum	200,00	6
06107	Résection totale ou complète du scrotum.	263,00	6
CANAL DÉFÉRENT			
	<i>Excision</i>		
06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale	65,70	4
	<i>Réparation</i>		
06392	Épididymo-vasostomie unilatérale.	100,00	5
06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie . . .	329,00	6
06082	prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément.	350,00	
+	NOTE : Le service médical codé 06082 est maintenu sous certaines conditions et non assuré depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales.		

		R = 1	R = 2
06395	Vasovasostomie unilatérale.	110,00	4
06444	Vasovasostomie unilatérale par microchirurgie.	329,00	6
06083	prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope pour cryopréservation de spermatozoïdes dans le cadre de la procréation assistée, supplément.	350,00	
+	NOTE : Le service médical codé 06083 est maintenu sous certaines conditions et non assuré depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales.		

CORDON*Excision*

06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, toute voie d'approche, excluant l'approche scrotale, non associée à une autre chirurgie inguinale ou scrotale.	263,00	5

VÉSICULE SÉMINALE*Excision*

06235	Vésiculectomie.	604,80	5

PROSTATE

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Prostate* peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision

06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (RTU).	263,00	5
06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte.	200,00	4

Excision

06240	Prostatectomie : (incluant la vasectomie, le cas échéant) sus-pubienne (1 ou 2 temps).	434,00	5
06241	rétopubienne simple.	434,00	5
06242	périnéale simple.	330,00	7
06243	rétopubienne radicale incluant la vésiculectomie séminale et, le cas échéant, les biopsies étagées ou la lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral.	1 000,00	10
06212	si faite par laparoscopie ou robotique, supplément. .	200,00	2

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 04244 lors d'une même séance.

		R = 1	R = 2
06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale mais excluant l'évidement ganglionnaire	736,00	7
06247	transurétrale par électrocautérisation monopolaire ou bipolaire, laser ou électrovaporisation incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne, mais excluant les traitements par diathermie ou thermothérapie	434,00	7
	NOTE : L'acte codé 06247 peut être facturé avec l'acte codé 06168 à la même séance.		
06096	si morcellement de la prostate après une RTUP faite par laser, supplément.	200,00	
	NOTE : L'acte codé 06096 est facturable seulement lorsqu'il y a une durée anesthésiologique de 2 1/2 heures ou plus.		
06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	200,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Résection ou laser de tissu prostatique résiduel ou récidivant incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne		
06060	réintervention après 1 an ou plus	434,00	7
06061	réintervention en moins d'un an	300,00	7
	NOTE : Les actes codés 06060 et 06061 peuvent être facturés avec l'acte codé 06168 à la même séance.		
06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection transurétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne.	263,00	7
<i>Brachythérapie</i>			
06053	Collaboration lors de la mise en place d'implants permanents ou temporaires pour brachythérapie dans le cas de traitement du cancer de la prostate incluant l'échographie transrectale, la cystoscopie et les tubes de drainage (pour urologue seulement)	500,00	7

INDEX

Page

ADDENDUM 6 - GYNÉCOLOGIE	P-2
# Vulve et orifice inférieur du vagin	P-9
# Vagin	P-10
# Trompes	P-11
# Ovaires	P-12
# Utérus et col utérin	P-13

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 sous l'onglet Règles d'application le plafonnement d'activités PA-5.

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 183,20 \$ 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 d'acte **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 d'acte **06919**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

RÈGLE 4.

Abrogé.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

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 atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin spécialiste gynécologue oncologue désigné, lorsque la patiente qui lui est dirigée a déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique.

Ce supplément de consultation ne peut être réclamé que par le médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

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.

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 d'acte **00027** sous l'onglet B - Tarification des visites sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

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 d'acte **15091** sous l'onglet B - Tarification des visites sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

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.

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^o 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^o qui a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à ce que l'insémination artificielle ait eu lieu;

3^o qui participe avec la personne visée aux paragraphes 1^o et 2^o à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ces paragraphes.

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 stimulation ovarienne 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 suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente.

S

AVIS : Voir les codes **06962**, **06963** et **06964** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.3 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 à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la micro-injection de spermatozoïdes ainsi que la congélation et l'entreposage d'un ou plusieurs embryons pendant une période d'un an.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente.

S

AVIS : Voir les codes **06965**, **06966** et **06967**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.4 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 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 les codes **06968** et **06969**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.5 L'honoraire pour la stimulation ovarienne hors FIV est un honoraire global qui s'applique pour une patiente qui ne reçoit pas un traitement 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 et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne hors FIV peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes **06971** et **06972**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.6 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, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente.

AVIS : Voir le code **06973**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.7 L'honoraire pour la fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme (québécoise ou canadienne) ne peut être réclamé plus d'une fois dans un cas d'insémination artificielle ou dans un cas de fécondation *in vitro*.

AVIS : Voir les codes **06954**, **06955**, **06956** et **06957**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

+ RÈGLE 11.**SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (depuis le 10 novembre 2015)**

La présente règle s'applique à l'égard des services de procréation assistée prévus à la Loi sur l'assurance maladie et au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et qui sont assurés à compter du 10 novembre 2015.

11.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense et qui s'inscrivent à titre de services d'insémination artificielle, y compris la stimulation ovarienne, ou de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie 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 présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

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.

Préservation de la fertilité

11.2 L'honoraire de stimulation ovarienne 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 techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code **06975**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

11.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule 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 techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la congélation d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens, selon toutes techniques, ainsi que leur entreposage pendant une période d'un an. Sont cependant exclues la micro-injection de spermatozoïdes et toutes techniques de fécondation *in vitro*, lesquelles sont des services non assurés.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code **06976**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

Insémination artificielle

11.4 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 et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Lorsque, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales, une patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu, l'honoraire de la stimulation ovarienne demeure payable. Les raisons médicales justifiables comprennent notamment l'hyperstimulation ovarienne, l'absence de réponse ovarienne lors de la stimulation et l'échec de prélèvement du sperme ou d'éjaculation. Une note relatant ces raisons médicales doit être versée au dossier de la patiente.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes **06993** et **06994**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

11.5 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, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente, par cycle.

De plus, un maximum de neuf (9) inséminations artificielles peut être réclamé par patiente jusqu'à l'obtention d'une grossesse évolutive avec un cœur fœtal positif.

AVIS : Voir le code **06995**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

AVIS : S'il y a lieu, inscrire la date de confirmation du diagnostic d'une grossesse évolutive avec un cœur fœtal positif dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+ **RÈGLE 12.**
ÉVALUATION DE FERTILITÉ

Abrogée en date du 9 mai 2016 par la Modification 77.

L'évaluation de fertilité est un bilan d'infertilité effectué chez un couple suite à une période sans conception d'au moins douze (12) mois, sauf dans des cas d'exception justifiés par des raisons médicales. Il est fait dans le but de statuer sur la fertilité et d'orienter, s'il y a lieu, le couple vers des services de procréation assistée.

L'honoraire de l'évaluation de fertilité est un honoraire global qui comprend l'anamnèse, l'examen clinique de la patiente et de son conjoint, la coordination du bilan paraclinique suivant et la détermination du diagnostic à la lumière des résultats de ce bilan, incluant la visite visant la transmission des résultats :

- Documentation de l'ovulation (par courbe de température basale, ou par échographie ou par mesure de la progestérone, le cas échéant);
- Mesure de la TSH;
- Dépistage du diabète ou de l'intolérance au glucose chez les patientes dont l'indice de masse corporelle est ≥ 30 , ou chez qui un syndrome des ovaires polykystiques est soupçonné;
- Dosage de la prolactinémie, si doute clinique;
- Spermogramme avec spermocytogramme;
- Dépistage des infections transmises sexuellement;
- Évaluation de la réserve ovarienne (statut échographique et/ou hormonal);
- Évaluation de la perméabilité tubaire, par laparoscopie avec épreuve de perméabilité tubaire, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie lorsque l'ovulation est documentée et qu'un facteur d'obstruction tubaire est soupçonné;
- Évaluation de l'intégrité de la cavité utérine par échographie (entre jours 2 et 5), par hystéroscopie diagnostique, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie.

Une seule évaluation de fertilité peut être réclamée par couple, par vingt-quatre (24) mois.

AVIS : *La règle 12 est en vigueur du 10 novembre 2015 au 8 mai 2016 inclusivement.*

*Voir les codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199** ci-dessous, auparavant situés sous les sections Endocrinologie et Obstétrique-gynécologie de l'onglet B – Tarification des visites.*

Endocrinologie

15194 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé) 250 \$

15195 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD/Externe) 200 \$

Obstétrique-gynécologie

15197 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé) 250 \$

15199 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD/Externe) 200 \$

AVIS : *Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité (codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199**), inscrire les renseignements relatifs à la femme requérant le service dans la section sur l'identité de la personne assurée.*

P - GYNÉCOLOGIE

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 actes codés 06156, 06157 et 06158 pour les gynécologues oncologues désignés dans les cas complexes suivants : 200,00

- 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 actes codés 06908 et 06909;
- 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.

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 4.*

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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 50,00

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS.*

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN*Incision*

06043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie.....	128,50	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)	150,00	5

Excision conventionnelle ou au Laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes)	50,00	4

		R = 1	R = 2
06169	Condylomatose anogénitale diffuse ou dysplasie intra-épithéliale vulvaire, ou les deux, sous anesthésie générale ou régionale	300,00	5
06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin	200,00	5
06189	Bartholinectomie	300,00	5
06466	Vestibulectomie	200,00	5
	Vulvectomie :		
06156	hémi-vulvectomie ou vulvectomie ou réintervention dans le cas de cancer intéressant plus de 50 % de la vulve . .	500,00	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	967,20	12
06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	200,00	5
06356	Plastie des grandes lèvres : correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	200,00	6

VAGIN*Incision*

06066	Colpotomie (exploration et drainage)	250,00	5

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	80,00	5
06075	subséquente	45,00	4

maximum, une colposcopie par période de six (6) mois, par patiente, par médecin

NOTE : Les actes codés 06074 et 06075 ne peuvent être facturés avec l'acte codé 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	518,20	8
----	Caroncule urétrale ou ectropion	(voir système urinaire)	
06141	Exérèse d'un septum vaginal	200,00	5
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple.	128,50	5

		R = 1	R = 2
<i>Réparation avec ou sans dérivation urinaire</i>			
06400	Cystocèle (urétrécèle)	350,00	5
06405	ou rectocèle	350,00	5
06406	et rectocèle	475,00	5
06426	Sacro-ischioepexie par voie vaginale, supplément	300,00	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocele lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	300,00	
06427	Cure primaire de prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	400,00	5
06424	Reprise de chirurgie pour prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	500,00	5
06422	Reprise ou exérèse au bloc opératoire par voie vaginale ou abdominale sur des mèches préalablement installées pour chirurgie de prolapsus génital, incluant la reconstruction avec greffe ou lambeau	600,00	5
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	550,00	5
06420	Colposacropexie, avec bande	600,00	5
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	302,30	5
06411	Colpocléisis	400,00	5
06412	Urétropexie, toutes techniques	377,80	6
NOTE : Pour les médecins spécialistes en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, le code d'acte 06412 inclut la cystoscopie (code d'acte 0320) lorsqu'effectuée à la même séance.			
06414	Entérocele ou colpocèle par voie vaginale	400,00	5
06415	Vaginoplastie (sténose)	200,00	5
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	200,00	5
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	735,00	10
<i>Suture</i>			
06421	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	200,00	5
TROMPES			
<i>Excision</i>			
Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie excluant la stérilisation			
06260	unilatérale	377,80	5
06300	bilatérale	477,80	5
<i>Réparation</i>			
06458	Tuboplastie sans microscope, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	453,40	5
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	604,50	8
06467	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

		R = 1	R = 2
<i>Suture</i>			
06430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique) ...	450,00	6
06468	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	300,00	5
06451	avec avortement thérapeutique	400,00	5
06461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément. ..	100,00	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 9.

OVAIRES

Excision

	Kyste ovarien, paraovarien		
06188	unilatéral	377,80	5
06469	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06201	bilatéral	477,80	5
06470	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

NOTE : Ces codes d'acte ne peuvent être réclamés pour une exérèse d'hydatide de Morgani, pour une ponction de kyste ou pour une stérilisation.

06177	Tumeur intraligamentaire	377,80	5
	Ovariectomie		
06261	unilatérale	377,80	5
06471	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06303	bilatérale	477,80	5
06472	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	377,80	6
06473	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

Réparation

	Chirurgie conservatrice de l'endométriose		
06299	Stade I ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes	350,00	6
06288	Stade III ou IV, toutes techniques, comprenant au moins 2 des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien, ovariectomie, tuboplastie, déperitonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie	604,50	8

AVIS : Incrire les chirurgies pratiquées dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

06264	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06263	Ovariopexie	329,00	6

UTÉRUS ET COL UTÉRIN*Incision*

06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	302,30	5
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	400,00	7
06474	Chirurgie de révision intra-abdominale ou vaginale suite à une complication, faite jusqu'à 5 jours postopératoires . .		
06475	Exérèse de stérilet intra-abdominal, toute voie d'approche	500,00 325,00	7 5
06069	Lymphadénectomie pelvienne ou périaortique ou les deux	725,40	8
06068	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06073	Laparotomie de contrôle pour cancer de l'ovaire avec biopsie, unique ou multiple, peu importe le site	529,00	7
06072	Métroplastie (utérus septus) ou excision de synéchie ou excision de septum utérin	377,80	6

Excision conventionnelle ou au Laser

06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28)	125,00	4
06146	Conisation diagnostique du col au Laser ou au bistouri, excluant la thérapie cervicale diathermique (LEEP), sous anesthésie générale ou péridurale seulement.	200,00	5
06811	Thérapie cervicale, incluant la visite pour lésion précancéreuse de bas grade	57,20	5
06810	faite par LEEP pour lésion précancéreuse de haut grade ou de curetage endocervical anormal	110,00	4
06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	42,00	5
NOTE : Les actes codés 06810, 06811 et 06812 ne peuvent être facturés avec l'acte codé 06058.			
06149	Myomectomie de 5 cm et plus ou de 5 myomes et plus ou les deux	425,00	5
06476	technique laroscopique, supplément	250,00	2
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage . . .	500,00	5
06154	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06178	Polypectomie simple	17,80	5
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	610,75	5
06251	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux.	800,00	8
06208	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	610,75	5
06164	technique laparoscopique, supplément	250,00	2

		R = 1	R = 2
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	800,00	10
06194	avec lymphadénectomie radicale lomboaortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	350,00	
06270	Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	1 003,90	12
<i>Trachélectomie :</i>			
06267	abdominale	400,00	5
06268	vaginale	400,00	5
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	1 000,00	12
06231	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
<i>Paramétriectomie :</i>			
06289	avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions pelviens et paraaortiques	1 003,90	12
06294	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
<i>Exentération pelvienne :</i>			
06271	postérieure	1 929,40	18
06272	antérieure et postérieure	2 698,80	18
06278	reconstruction vaginale avec ou sans greffe, supplément	307,35	
06225	création d'un conduit urinaire de type réservoir continent, supplément	660,00	
NOTE : Les suppléments codés 06225 et 06278 ne s'appliquent qu'aux actes codés 06271 et 06272.			
06279	Exploration chirurgicale en vue d'une exentération, toute voie d'approche	593,70	10
NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé avec ce code d'acte par un médecin de la même discipline, à la même séance opératoire, par la même incision.			

		R = 1	R = 2
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse.	712,55	5
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse.	763,45	5
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse.	712,55	5
06381	Sympathectomie présacrée.	500,00	5
06477	technique laparoscopique, supplément.	250,00	2

Introduction

06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et avec ou sans hystéro-salpingographie (PG-28).	157,75	5
06460	avec ablation ou résection de l'endomètre ou myomectomie de moins de 3 cm, supplément.	178,10	2
06462	avec ablation ou résection de l'endomètre ou myomectomie de 3 cm ou plus, supplément.	225,00	2
06404	Ablation de l'endomètre, toutes techniques effectuée sans hystéroscopie diagnostique à la même séance.	161,90	5

----- Laparoscopie. (voir appareil digestif)

Réparation

06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale.	396,70	7
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature de trompes.	400,00	5

Manipulation

Avortement incomplet :			
06900	par extraction menstruelle.	30,20	
06906	par curetage (PG-28).	178,15	4
Avortement :			
06908	par extraction menstruelle (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires).	30,20	
06909	par curetage (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (PG-28) (1*)	150,00	4
Avortement de la 14 ^e à la 19 ^e semaine de grossesse inclusivement			
06948	1 ^{er} temps : induction toutes méthodes.	151,10	5
06949	2 ^e temps : curetage ou expulsion spontanée (PG-28) (1*)	151,10	4
06137	Avortement par dilatation et extraction à partir de 20 semaines de grossesse, incluant la dilatation du col et l'insertion de tiges laminaires (PG-28) (1*)	302,20	7

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 9.

		R = 1	R = 2
06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement ou un avortement incomplet (PG-28)	175,00	4
06924	Cerclage du col par approche vaginale chez la parturiente	200,00	5
06478	Cerclage du col par approche abdominale	475,00	7
06479	technique laparoscopique, supplément	250,00	2
<i>Divers</i>			
06398	Mise en place d'implants sous-cutanés de progestérone .	108,00	4
06399	Exérèse d'implants de progestérone	129,50	4

INDEX

Page

	ADDENDUM 6 - OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE	Q-2
#	Obstétrique	Q-9
#	ANNEXE I : ACCOUCHEMENT À RISQUES	Q-18
#	ANNEXE II :	Q-20
	Honoraire global de manoeuvre obstétricale intra-partum	

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 sous l'onglet Règles d'application, le plafonnement d'activités PA-5.

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 183,20 \$ 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.
Pour la facturation du supplément, voir le code d'acte **06945** ou **06946**, sous le présent onglet.

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 d'acte **06919**, sous le présent onglet.

RÈGLE 4.

Abrogé.

RÈGLE 5.

L'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie.

RÈGLE 6.

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 atteinte d'un cancer gynécologique est accordé à un médecin spécialiste gynécologue oncologue désigné, lorsque la patiente qui lui est dirigée a déjà fait l'objet d'un diagnostic de cancer gynécologique.

Ce supplément de consultation ne peut être réclamé que par le médecin désigné par les parties négociantes, qui a complété une formation surspécialisée en gynécologie oncologique, et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

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.

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 d'acte **00027** sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES
sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

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 d'acte **15091** sous l'onglet B - TARIFICATION DES VISITES sous la rubrique Obstétrique-gynécologie.

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.

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^o 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^o qui a commencé à recevoir des services requis à des fins d'insémination artificielle avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à ce que l'insémination artificielle ait eu lieu;

3^o qui participe avec la personne visée aux paragraphes 1^o et 2^o à ces services de procréation assistée, et ce, pour la durée prévue à ces paragraphes.

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 stimulation ovarienne 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 suivi folliculaire, de stimulation ovarienne ou d'induction à l'ovulation incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente.

S

AVIS : Voir les codes **06962**, **06963** et **06964** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.3 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 à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens incluant, le cas échéant, les visites, les actes techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la micro-injection de spermatozoïdes ainsi que la congélation et l'entreposage d'un ou plusieurs embryons pendant une période d'un an.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente.

AVIS : Voir les codes **06965**, **06966** et **06967** sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.4 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 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 les codes **06968** et **06969**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.5 L'honoraire pour la stimulation ovarienne hors FIV est un honoraire global qui s'applique pour une patiente qui ne reçoit pas un traitement 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 et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne hors FIV peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes **06971** et **06972**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.6 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, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente.

AVIS : Voir le code **06973**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

10.7 L'honoraire pour la fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme (québécoise ou canadienne) ne peut être réclamé plus d'une fois dans un cas d'insémination artificielle ou dans un cas de fécondation *in vitro*.

AVIS : Voir les codes **06954**, **06955**, **06956** et **06957**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

+ RÈGLE 11.**SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE (depuis le 10 novembre 2015)**

La présente règle s'applique à l'égard des services de procréation assistée prévus à la Loi sur l'assurance maladie et au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie et qui sont assurés à compter du 10 novembre 2015.

11.1 Un médecin est rémunéré pour les services de procréation assistée qu'il dispense et qui s'inscrivent à titre de services d'insémination artificielle, y compris la stimulation ovarienne, ou de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie 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 présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

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.

Préservation de la fertilité

11.2 L'honoraire de stimulation ovarienne 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 techniques et les examens d'ultrasonographie requis à cette fin.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code **06975**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

11.3 L'honoraire de prélèvement d'ovule 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 techniques, les examens d'ultrasonographie requis à cette fin, la congélation d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens, selon toutes techniques, ainsi que leur entreposage pendant une période d'un an. Sont cependant exclues la micro-injection de spermatozoïdes et toutes techniques de fécondation *in vitro*, lesquelles sont des services non assurés.

Un seul honoraire de prélèvement d'ovules peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir le code **06976**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

Insémination artificielle

11.4 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 et, lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Lorsque, dans des circonstances exceptionnelles justifiées par des raisons médicales, une patiente ne reçoit pas le traitement d'insémination artificielle prévu, l'honoraire de la stimulation ovarienne demeure payable. Les raisons médicales justifiables comprennent notamment l'hyperstimulation ovarienne, l'absence de réponse ovarienne lors de la stimulation et l'échec de prélèvement du sperme ou d'éjaculation. Une note relatant ces raisons médicales doit être versée au dossier de la patiente.

Un seul honoraire de stimulation ovarienne peut être réclamé par patiente, par cycle.

AVIS : Voir les codes **06993** et **06994**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

11.5 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, le lavage spermatique et lorsque dispensés en cabinet privé, les actes techniques et les examens d'ultrasonographie requis, le cas échéant.

Un seul honoraire d'insémination peut être réclamé par patiente, par cycle.

De plus, un maximum de neuf (9) inséminations artificielles peut être réclamé par patiente jusqu'à l'obtention d'une grossesse évolutive avec un cœur fœtal positif.

AVIS : Voir le code **06995**, sous l'onglet Q - Obstétrique.

AVIS : S'il y a lieu, inscrire la date de confirmation du diagnostic d'une grossesse évolutive avec un cœur fœtal positif dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+ **RÈGLE 12.**

ÉVALUATION DE FERTILITÉ

Abrogée en date du 9 mai 2016 par la Modification 77.

L'évaluation de fertilité est un bilan d'infertilité effectué chez un couple suite à une période sans conception d'au moins douze (12) mois, sauf dans des cas d'exception justifiés par des raisons médicales. Il est fait dans le but de statuer sur la fertilité et d'orienter, s'il y a lieu, le couple vers des services de procréation assistée.

L'honoraire de l'évaluation de fertilité est un honoraire global qui comprend l'anamnèse, l'examen clinique de la patiente et de son conjoint, la coordination du bilan paraclinique suivant et la détermination du diagnostic à la lumière des résultats de ce bilan, incluant la visite visant la transmission des résultats :

- Documentation de l'ovulation (par courbe de température basale, ou par échographie ou par mesure de la progestérone, le cas échéant);
- Mesure de la TSH;
- Dépistage du diabète ou de l'intolérance au glucose chez les patientes dont l'indice de masse corporelle est $> \text{ou} = 30$, ou chez qui un syndrome des ovaires polykystiques est soupçonné;
- Dosage de la prolactinémie, si doute clinique;
- Spermogramme avec spermocytogramme;
- Dépistage des infections transmises sexuellement;
- Évaluation de la réserve ovarienne (statut échographique et/ou hormonal);
- Évaluation de la perméabilité tubaire, par laparoscopie avec épreuve de perméabilité tubaire, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie lorsque l'ovulation est documentée et qu'un facteur d'obstruction tubaire est soupçonné;
- Évaluation de l'intégrité de la cavité utérine par échographie (entre jours 2 et 5), par hystéroscopie diagnostique, par hystérosonographie ou par hystérosalpingographie.

Une seule évaluation de fertilité peut être réclamée par couple, par vingt-quatre (24) mois.

AVIS : *La règle 12 est en vigueur du 10 novembre 2015 au 8 mai 2016 inclusivement.*

*Voir les codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199** ci-dessous, auparavant situés sous les sections Endocrinologie et Obstétrique-gynécologie de l'onglet B – Tarification des visites.*

Endocrinologie

15194 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé) 250 \$

15195 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD/Externe) 200 \$

Obstétrique-gynécologie

15197 Évaluation de fertilité chez un couple (cabinet privé) 250 \$

15199 Évaluation de fertilité chez un couple (CHCD/Externe) 200 \$

AVIS : *Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité (codes **15194**, **15195**, **15197** et **15199**), inscrire les renseignements relatifs à la femme requérant le service dans la section sur l'identité de la personne assurée.*

Q - OBSTÉTRIQUE

AVIS : Voir la Règle d'application n° 4.

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 désencercelage 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	425,00
06097	accouchement par le siège, supplément	200,00
06919	accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	212,50
06950	accouchement vaginal après césarienne, supplément	200,00
06945	accouchement dans les cas complexes, supplément	183,20

AVIS : La facturation de l'acte **06945** requiert un des diagnostics apparaissant à l'annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

		R = 1	R = 2
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	200,00	4
06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	475,00	15
06913	Césarienne et hystérectomie	1 000,00	18
06946	Césarienne dans les cas complexes, supplément	183,20	3

AVIS : La facturation de l'acte **06946** requiert un des diagnostics apparaissant à l'annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

S

06937	Ovariectomie partielle ou totale pour lésion bénigne ou maligne lors de césarienne, supplément	100,00	
06098	Laparotomie post-partum réalisée suite à une complication d'un accouchement ou d'une césarienne, survenant dans les 48 heures, à une séance différente	750,00	15
06099	Hystérectomie post-partum réalisée suite à une complication d'un accouchement ou d'une césarienne, survenant dans les 48 heures, à une séance différente	1 000,00	18
06929	Ensemble des soins prodigués lors d'une manoeuvre obstétricale intrapartum durant le deuxième ou le troisième stade du travail	425,00	

AVIS : Pour la facturation du code **06929**, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la manoeuvre obstétricale effectuée.

06931	si cas complexe, supplément	183,20	

NOTE : Les actes codés 06929 et 06931 ne peuvent être facturés avec les actes codés 06903, 06912 et 06934.

NOTE : Les actes codés 06929 et 06931 ne peuvent être facturés avec les codes diagnostiques 664.2 et 664.3 (lacération génitale du 3^e ou du 4^e degré)

NOTE : L'acte codé 06929 fait référence à l'Annexe II sous le présent onglet.

AVIS : La facturation du code **06931** requiert un des diagnostics paraissant à l'annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire le code de ce diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

06934	Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2 ^e stade, anomalie du coeur foetal et/ou évolution anormale du travail	425,00
	NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec les services médicaux codés 06903, 06912 et 06929.	
	<u>AVIS :</u> Voir la section 3.2.3 sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.	
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 désencercelage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail	150,00
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un professionnel de la même spécialité.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le ou les procédés ou évaluations effectués.	
06904	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aiguë ou stabilisée, aux fins de préparation à un transfert vers une autre installation d'un établissement désigné par les parties négociantes	215,00
+	NOTE : Le service médical 06904 n'est pas soumis aux règles de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
D	NOTE : L'acte codé 06904 inclut tous les services médicaux effectués par un professionnel de même spécialité chez cette patiente le même jour sauf la naissance.	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro d'établissement correspondant au lieu du transfert de la patiente dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

		R = 1	R = 2
06905	Évaluation et prise en charge d'une patiente présentant une grossesse à risque élevé, en phase aiguë ou stabilisée, transférée d'une autre installation d'un établissement. Cet acte est facturable par l'obstétricien-gynécologue de garde à la salle d'accouchement	265,00	
+	NOTE : Le service médical 06905 n'est pas soumis aux règles de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
D	NOTE : L'acte codé 06905 inclut tous les services médicaux effectués par un professionnel 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.		
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.	200,00	5
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	250,00	4
06928	Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite fœtale) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse, le cas échéant	600,00	5
06930	Transfusion fœtale intra-utérine	800,00	7
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) . .	54,00	
	Évaluation du bien-être fœtal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement		
06960	moins de 20 minutes	30,00	
06961	20 minutes et plus	60,00	
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail actif d'une patiente admise par un obstétricien gynécologue, si un autre obstétricien gynécologue effectue la césarienne ou l'accouchement Maximum 1 fois par patiente, par grossesse	150,00	

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2

PROCRÉATION ASSISTÉE

- + 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 :** *Lorsque des documents complémentaires doivent être fournis dans le but de démontrer que le plan de traitement a débuté avant le 11 novembre 2015, ils doivent être accompagnés de la demande de paiement papier et envoyés par la poste à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie
du Québec
Case postale 500
Québec (QC) G1K 7B4*

Les services facturés avec le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne qui participe avec la femme qui requiert le transfert d'embryon ou l'insémination artificielle feront l'objet d'une évaluation approfondie. Ces services devront être accompagnés du NAM de la femme qui requiert le service ainsi que tout renseignement prouvant que le service est assuré pendant la période des mesures transitoires et finales.

+	Stimulation ovarienne (voir règle 10.2 - addendum 6)		
06962	cycle stimulé	400,00	1 120,00
06963	cycle naturel modifié	400,00	1 120,00
06964	cycle naturel	400,00	1 120,00

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
+	Prélèvement d'ovule (voir règle 10.3 - addendum 6)			
06965	cycle stimulé	350,00	2 090,00	8
06966	cycle naturel modifié	350,00	2 090,00	8
06967	cycle naturel	350,00	2 090,00	8

AVIS : Les codes relatifs au prélèvement d'ovule peuvent être réclamés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.

+	06954	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise (voir règle 10.7 - addendum 6) . .	525,00

AVIS : Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.

+	06955	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes (voir règle 10.7 - addendum 6)	525,00

AVIS : Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.

- Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le nom de la banque de sperme canadienne inscrite sur la facture.

Les banques de sperme canadiennes reconnues sont :

- Outreach Health Services
- Can-am Cryoservices
- Repromed

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
+ 06968	Transfert d'embryon frais (voir règle 10.4 - addendum 6)	150,00	1 390,00	6
+ 06969	Transfert d'embryon congelé (voir règle 10.4 - addendum 6)	150,00	1 390,00	6
<u>AVIS :</u> Les codes relatifs au transfert d'embryon peuvent être réclamés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.				
06970	Diagnostic préimplantatoire	180,00		
<u>AVIS :</u> Le code relatif au diagnostic préimplantatoire peut être réclamé uniquement dans un centre hospitalier universitaire titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.				
+ 06958	Congélation de sperme, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année		125,00	
+ 06959	Frais annuels d'entreposage de sperme ou d'embryons, et ce, à compter de la deuxième année (jusqu'au 10 novembre 2018 au plus tard)		50,00	
+	Stimulation ovarienne hors FIV (voir règle 10.5 - addendum 6)			
06971	par agents oraux	160,00	220,00	
06972	par gonadotropines	225,00	310,00	
+ 06973	Insémination artificielle (voir règle 10.6 - addendum 6)	150,00	325,00	
+ 06956	fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise, supplément (voir règle 10.7 - addendum 6)		525,00	
<u>AVIS :</u> Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
+	06957	fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes, supplément (voir règle 10.7 - addendum 6)	738,00	
	<u>AVIS :</u> Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service d'insémination artificielle et conserver les pièces justificatives. - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le nom de la banque de sperme canadienne inscrite sur la facture. Les banques de sperme canadiennes reconnues sont : - Outreach Health Services - Can-am Cryoservices - Repromed			
S				
+	Services médicaux assurés à compter du 10 novembre 2015			
+	Insémination artificielle			
+	Stimulation ovarienne effectuée en vue d'une insémination artificielle (voir règle 11.4 - addendum 6)			
+	06993	par agents oraux	160,00	220,00
+	06994	par gonadotropines	225,00	310,00
+	06995	Insémination artificielle (voir règle 11.5 - addendum 6)	150,00	325,00
+	Préservation de la fertilité			
+	06975	Stimulation ovarienne (voir règle 11.2 - addendum 6)	400,00	1 120,00
+	06976	Prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens (voir règle 11.3 - addendum 6)	350,00	1 740,00
#	<u>AVIS :</u> Le code relatif au prélèvement d'ovules peut être demandé 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
+ 06977	Congélation de sperme ou de tissus testiculaires, toute technique, incluant l'entreposage pour la première année		125,00	
+ 06978	Frais annuel d'entreposage de sperme, d'ovules, d'embryons ou de tissus ovariens ou testiculaires à compter de la deuxième année et pour un maximum de 5 ans.		50,00	

ANNEXE I

AVIS : *Le code de diagnostic est entre parenthèses. Pour ceux dont le code est inexistant, inscrire le diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

ACCOUCHEMENT DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06945) ou MANŒUVRE OBSTÉTRICALE INTRAPARTUM DANS LES CAS COMPLEXES (acte codé 06931)**CAS COMPLEXES****A) VOIE VAGINALE****CONDITIONS FOETALES :**

- Présentation de la face (652.4) (non payable si se termine en césarienne)
- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Hydrops-foetalis non immun (778.9)
- ISO-immunisation (656.2)
- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4 000 g) (656.6)
- Malformation congénitale : système nerveux central (655.0), digestif (751.9), rénal (753.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)
- Mort in utero après 20 semaines (656.4)
- Post-datisme 41 semaines et plus (645.9)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2 500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES :

- Chorioamnionite clinique (658.4)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Oligohydramnios sévère (658.0)
- Polyhydramnios sévère (657.9)
- Placenta praevia (641.1), accreta (667.0), increta (667.0) et percreta (667.0)
- Vasa praevia (663.5)

CONDITIONS MATERNELLES :*** Complications médicales**

- Maladies hématologiques : coagulopathie (286.9), thrombocytopénie (287.9)
- Maladies cardiovasculaires : cardiopathie classe 2, 3, 4 (429.9), collagénose (425.4), maladie thromboembolique (453.9), pré-éclampsie sévère (642.5)
- Maladies du système urinaire : insuffisance rénale (669.3), transplantation (646.2), glomérulopathie (583.9)
- Maladies pulmonaires : insuffisance respiratoire (786.0), embolie pulmonaire (415.1), embolie de liquide amniotique (673.9)
- Maladies endocriniennes : diabète insulino-dépendant et/ou insulino-traité (648.0), thyrotoxicose (242.9), phéochromocytome (227.0)
- Maladies digestives : stéatose spongiocytaire (571.8), maladie de Crohn (555.0), colite ulcéreuse (556.9)
- Maladies neurologiques : éclampsie (642.6), paraplégie (344.1), paralysie (344.9)
- Maladies infectieuses : sida (042.9), hépatite aigüe (646.7)
- Maladies gynécologiques : anomalie congénitale (654.9)
- IMC > = 35

*** 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)
- 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)
- Utilisation du ballon compressif intra-utérin

*** Autres**

- Séquelles de spina bifida (741.9), polios (045.9)
- Cancer génital (184.9)
- Multiparité (plus que 5) (659.4)
- IMC > = 35
- Patiente > = 40 ans

B) CÉSARIENNE (acte codé 06946)**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 (042.9), hépatite aiguë (646.7)
- IMC > = 35
- Multiples césariennes (3 césariennes antérieures ou plus)
- Patiente > = 40 ans

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES :

- Rupture utérine (665.1)
- Échec d'AVAC
- Hémorragie post-partum immédiate (< 24 heures) > = 1 500 cc à la suite d'une césarienne (666.0 à 666.3, 666.9).
- Ligature de B-Lynch
- Utilisation du ballon compressif intra-utérin

ANNEXE II**HONORAIRE GLOBAL DE MANOEUVRE OBSTÉTRICALE
INTRA-PARTUM
(acte codé 06929)**

- Application de forceps ou ventouse
- Manoeuvre nécessitée par une dystocie de l'épaule
- Extraction manuelle du placenta pour placenta retenu
- Réparation de déchirures cervico-vaginales (de 5 cm ou plus)
- Réparation de déchirures du 3^e ou du 4^e degré
- Révision utérine pour hémorragie
- Manoeuvre nécessitée par l'accouchement d'un siège ou d'un deuxième jumeau

INDEX

Page

APPAREIL GLANDULAIRE

	Introduction	R-2
	Thyroïde	R-2
	Parathyroïde	R-2
#	Surrénales	R-3

R - APPAREIL GLANDULAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (**093** et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

INTRODUCTION

06310 Implantation sous-cutanée de substance hormonale . . . 28,00

AVIS : En urologie, voir la Règle d'application n° 25.

THYROÏDE*Incision*

T 06076 Drainage d'abcès : soins complets 63,85 4

Excision

T 06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	141,95	5
T 06151	Thyroidectomie subtotale (bilatérale)	630,00	8
T 06152	Hémithyroidectomie (lobectomie)	553,55	6
06133	par approche endoscopique, supplément	150,00	2
T 06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	193,75	5
T 06180	Excision de nodule solitaire	375,55	5
T 06280	Thyroidectomie totale	798,40	8
06134	par approche endoscopique, supplément	150,00	2
T 06281	Reprise de thyroidectomie pour goître restant	830,30	8
T 06282	Thyroidectomie par voie transsternale pour un goître intrathoracique	987,85	8
T 06284	Thyroidectomie totale ou subtotale avec résection localisée des ganglions cervicaux, le cas échéant	941,00	10

PARATHYROÏDE*Exploration et/ou excision :*

T 06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	686,30	10
T 06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	656,25	10
06135	par approche endoscopique, supplément	150,00	
T 06181	Transplantation de parathyroïde, une ou plusieurs, supplément	116,25	

AVIS : Lorsqu'un acte porte la mention « un ou plusieurs » ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

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.

AVIS : *Inscrire le modificateur **432** dans la case MOD.*

T	06182	Surrénalectomie unilatérale	630,00	15

INDEX

Page

SYSTÈME NERVEUX	S-2
CRÂNE ET ENCÉPHALE	S-2
Lésions expansives tumorales	S-3
Lésions infectieuses et parasitaires	S-4
Lésions vasculaires	S-5
Lésions vasculaires cervicales	S-6
Lésions traumatiques	S-7
Liquide céphalo-rachidien	S-7
Malformation congénitale crânio-encéphalique	S-8
Neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxie	S-8
Installation du cadre plus	S-9
Neurochirurgie de l'épilepsie	S-9
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS	S-10
Chirurgie du nerf facial	S-10
Divers	S-11
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL	S-11
Tumorale	S-12
Dégénérative et traumatique	S-12
Lésions vasculaires	S-12
Lésions infectieuses	S-12
Malformations congénitales du rachis et moelle épinière	S-13
Neurochirurgie fonctionnelle	S-14
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	S-15
Divers	S-16

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (**093** et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

07830	Monitoring per-opératoire de l'intégrité des nerfs crâniens ou périphériques (pour neurochirurgien seulement)	232,60
07831	Toute réintervention effectuée au même site au-delà de 30 jours suivant l'intervention initiale, sauf si déjà prévue au tarif, supplément (pour neurochirurgien seulement) NOTE : L'acte codé 07831 peut aussi être facturé avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique ainsi qu'avec l'acte codé 04710.	257,20
07742	Si utilisation de la robotique et/ou IRM per-opératoire, supplément	200,00
07817	Si guidage continu bidimensionnel per-opératoire effectué par le neurochirurgien, supplément NOTE : Les actes codés 07817, 07702, 07706 et 07842 sont mutuellement exclusifs. NOTE : L'acte codé 07817 est facturable seulement avec les actes codés 07644, 07674, 07767, 07768, 07770, 07771, 07773 et 07774.	230,95

CRÂNE & ENCÉPHALE

+	07702	Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation donnent droit à un supplément chirurgie crano-encéphalique, supplément NOTE : Les actes codés 07702, 07706, 07842 et 07817 sont mutuellement exclusifs.	222,70
	07703	Si chirurgie effectuée par le neurochirurgien chez un patient conscient pour cartographie corticale fonctionnelle, supplément	224,35
	07743	Si ostéotomie orbito-zygomatique, supplément	200,00

Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)*Sus-tentorielles :*

07520	Lésions des ventricules latéraux	1 745,80	18
07521	Lésions du III ^e ventricule	2 010,60	18
07522	Lésions de la ligne médiane (faux et corps calleux) . . .	1 885,00	18
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex. : crano-pharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	2 245,45	18
07524	Lésions de la région pinéale	2 261,50	18
07525	Lésions de la voûte du crâne	624,25	12
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité . . .	1 507,25	18
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires . . .	1 381,75	18
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement	564,70	10

Sous-tentorielles

07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 621,20	18
07530	Lésions du IV ^e ventricule extraparenchymateuses	1 758,25	18
07531	Tumeur du tronc cérébral biopsie seulement	1 632,80	18
07532	exérèse 50 % et plus	2 763,55	18
07533	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur 5 cm ou moins	1 996,25	18
07534	plus de 5 cm	2 763,55	18
07832	si mise en place d'un implant auditif au niveau du tronc cérébral, supplément	1 122,60	

Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)

Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :			
07535	adénome enclos (grades 0, I et II)	1 371,95	18
07536	adénome envahissant (grades III et IV)	1 444,45	18
07537	crano-pharyngiomes	1 515,20	18
07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 206,80	18
07539	approche transnasale (incluant transseptale ou sous-labiale) effectuée par le neurochirurgien seulement, supplément	313,70	
Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :			
07540	Stade A	1 507,25	18
07541	Stade B	1 745,80	18
07542	Stade C & D (géants)	1 996,25	18
07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 434,15	18
07544	approche transnasale (incluant transseptale ou sous-labiale) effectuée par le neurochirurgien seulement, supplément	313,70	

R = 1 R = 2

07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par craniotomie	2 261,50	18
07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur . . .	1 738,10	18
07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen.	1 434,65	18
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
07548	2/3 externe	1 496,50	18
07549	1/3 interne.	1 882,00	18
07550	Lésions du Clivus	2 646,25	18
07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	2 261,50	18
	Lésions de la tente :		
07552	infratentorielles	1 741,20	18
07553	supratentorielles	1 758,25	18
07554	combinées	2 763,55	18
07555	Lésions intra-orbitaires par craniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite.	2 245,45	18
07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus . . .	2 763,55	18
07000	Chimiothérapie intra-artérielle pour lésion tumorale cérébrale avec ou sans bris de la barrière hémato-encéphalique.	228,90	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	1 371,95	18
07558	sous-durales	879,80	18
07559	épidurales.	873,50	18
07560	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention .	624,25	12
07561	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention .	580,70	12
07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie) . .	564,70	10

Sous-tentorielles :

Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :

07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 632,80	18
07564	sous-durales	1 008,10	18
07565	épidurales.	1 130,80	18
07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de cranioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	909,60	15
07567	Craniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention .	840,20	15
07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelle que soit la technique sauf pour la stéréotaxie) . .	783,70	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) :	
T 07570		premier, quelle que soit sa morphologie	2 010,60
T 07599		supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel, supplément (1*).	502,00
T 07573		si anastomose extra/intracrânienne, supplément.	527,45
07744		si anévrisme rompu par craniotomie, supplément.	200,00
		Cure de malformation artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement) :	
T 07574		grade 1	1 758,25
T 07575		grade 2	2 110,35
T 07576		grade 3	2 462,55
T 07577		grade 4	2 598,75
07578		grade 5	2 822,10
T 07579		Cure de fistule artérioveineuse, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	1 256,30
		Évacuation d'hématome intracérébral, autre que traumatique :	
T 07580		par craniotomie	1 152,55
T 07581		par trépanation ou craniectomie et aspiration	502,00
T 07582		Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 381,75
07583		Cure de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien, toute technique (pour neurochirurgien seulement)	1 903,10
T 07833		Craniotomie de décompression avec duroplastie d'expansion pour AVC	1 046,80

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'anévrismes supplémentaires à localisation différente dans la case UNITÉS.

Sous-tentorielles :

T 07511	Craniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire		
T 07512	premier, quelle que soit sa morphologie	2 512,45	18
	supplémentaire, à localisation différente pour chaque		
	anévrisme additionnel, supplément (1*)	463,65	
T 07001	si anastomose extra/intracrânienne, supplément	673,05	
Craniotomie pour malformation artérioveineuse :			
T 07585	grade 1	1 939,00	18
T 07586	grade 2	2 361,30	18
T 07587	grade 3	2 713,45	18
T 07588	grade 4	3 065,75	18
07589	grade 5	3 045,90	18
T 07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique	1 256,30	18
T 07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 654,70	18
T 07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 758,25	18
T 07834	Craniotomie de décompression avec duroplastie		
	d'expansion pour AVC	1 046,80	18

Lésions vasculaires cervicales

T 07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne	1 130,80	18
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie		
	du cerveau.		

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'anévrismes supplémentaires à localisation différente dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
Lésions traumatiques			
07595	Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement)	1 247,35	18
07596	avec reconstruction crano-orbitaire dans la même séance, supplément	251,05	
----	Trépanation simple.	(voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)	
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
07597	unilatérale	748,85	15
07598	bilatérale	1 130,80	18
Liquide céphalo-rachidien			
<i>Dérivation interne :</i>			
07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale.	686,50	15
07613	Dérivation ventriculaire double en Y	873,50	15
07513	Programmation de la pression d'ouverture d'une valve de dérivation ventriculaire	76,90	
<i>Révision d'une dérivation :</i>			
07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube) . .	600,00	12
07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	935,75	15
07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	435,95	10
<i>Autres procédures :</i>			
07620	Endoscopie ventriculaire	879,80	18
07003	avec biopsie tumorale, supplément	211,45	
07745	avec fenestration comprenant ventriculostomie et/ou septostomie et/ou kystostomie, supplément	205,50	
07621	Torkildsen	615,95	15
07622	Installation d'un réservoir (Omay, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	313,70	8
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
07623	unilatérale	628,70	12
07624	bilatérale	727,90	15
	Dérivation kysto-péritonéale :		
07625	supratentorielle	628,70	12
07626	infratentorielle	691,40	15
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
07627	supratentorielle	560,10	15
07628	infratentorielle	616,40	15

*Malformation congénitale cranio-encéphalique***Crâne :**

Craniosténose :

07629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple.....	727,90	15
07630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	972,20	18
07631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 621,20	18
S			
07633	Morcellation crânienne pour craniotomie multiple.	848,50	15

Méninges & Encéphale :

Réparation d'une méningo-encéphalocèle :

07634	supratentorielle	859,85	18
07635	infratentorielle.	845,90	18
07636	base du crâne	998,75	18
	Craniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
07637	supratentoriel	1 005,20	18
07638	infratentoriel	1 130,80	18
	Drainage d'hygroma congénital :		
07639	par trou de trépan seulement	279,70	12
07640	par craniotomie	616,40	15
07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 632,80	18

Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :

07642	Technique de localisation avec ou sans cadre effectuée dans une séance différente de la chirurgie (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	313,70	8
	Craniotomie et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation avec ou sans cadre, si faite lors de la chirurgie :		
07652	corticale & sous-corticale	1 695,50	18
07653	thalamique et/ou des noyaux gris centraux	1 885,00	18
07654	si plus de 3 cm, supplément.	251,05	
07746	Radiochirurgie sans cadre incluant la rencontre préopératoire effectuée le même jour, l'utilisation du logiciel de dosimétrie par le neurochirurgien avec consignation au dossier, ainsi que le suivi postopératoire immédiat.	300,00	12

Installation du cadre

T 07615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	188,30	
T 07643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	879,80	15
T 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	1 632,80	18
T 07645	si lésions bilatérales ou implantation d'électrodes bilatérales, supplément	439,10	
	micro-enregistrement neuronal lors d'une chirurgie stéréotaxique pour implantation d'électrodes ou réalisation de lésions incluant la neurostimulation	232,60	
T 07835	unilatéral, supplément	465,30	
T 07836	bilatéral, supplément		
T 07837	implantation d'un neurostimulateur pour électrodes cérébrales permanentes	581,55	12
	exploration stéréotaxique d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation :		
	unilatérale	1 091,40	18
T 07646	bilatérale	1 507,25	18
T 07647	localisation et radiothérapie stéréotaxiques incluant la technique de localisation :		
T 07648	externe	748,85	12
07747	si traitement de deux (2) lésions ou plus à la même séance, supplément	200,00	
07649	interstitielle	1 008,10	18
T 07650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	1 130,80	18
07651	implantation stéréotaxique de tissu vivant incluant la technique de localisation	763,00	18

Neurochirurgie de l'épilepsie

T 07655	Exérèse corticale focale	1 130,80	18
T 07656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 632,80	18
T 07657	Lobectomie	1 508,15	18
	Callosotomie		
T 07658	partielle	1 450,55	18
07659	totale	1 700,00	18
T 07660	Hémisphérectomie	2 320,75	18
	Insertion d'électrodes		
07661	épidurales	279,70	6
07662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	107,90	
T 07663	au trou ovale	289,80	6
T 07664	sous-durales par craniotomie	1 450,55	12
T 07665	Transection sous-piale	1 243,30	18

		R = 1	R = 2
T 07700	Utilisation per-opératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément.	210,15	
	NOTE : Ce supplément ne peut s'ajouter qu'aux services médicaux codés 07655, 07656, 07657, 07658, 07659 et 07665 de la neurochirurgie de l'épilepsie.		
T 07004	Mise en place ou exérèse complète d'un stimulateur du nerf vague.	826,50	12

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

	Anastomose d'un nerf crânien :		
	intracrânien		
07667	avec greffe.	1 080,10	18
07668	sans greffe.	972,20	18
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
T 07669	avec greffe.	360,25	
T 07670	sans greffe.	234,80	
	extracrânien :		
T 07671	avec greffe.	1 165,40	15
T 07672	sans greffe.	794,65	15
T 07673	Section du XI dans le cou.	229,60	8
T 07674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau ou compression du ganglion de Gasser. ...	605,90	12
T 07675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie).	1 381,75	18
07838	Mise en place d'un implant auditif au niveau du tronc cérébral (pour neurochirurgien seulement)	2 073,80	18

Chirurgie du nerf facial

	Décompression :		
T 07600	portions mastoïdienne et tympanique.	539,40	8
T 07601	incluant le ganglion géniculé, supplément.	240,35	
T 07602	par fosse moyenne.	842,05	18
T 07603	totale.	1 242,15	18
T 07604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément.	233,95	
07605	anastomose, supplément.	108,00	
07606	greffe incluant prise de greffon, supplément.	282,50	
	Réparation :		
T 07607	anastomose XII - VII.	812,70	18
T 07608	avec greffe incluant prise de greffon.	1 077,50	18

		R = 1	R = 2
Divers			
	Craniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
07677	sous-temporale	447,50	15
07678	sous-occipitale	588,20	15
	Cranioplastie :		
07679	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	748,85	12
07680	avec reconstruction osseuse autogène	1 039,35	18
S			
07682	Révision de la craniotomie faite antérieurement par un neurochirurgien pour hématome intracrânien, fistule de liquide céphalo-rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne	998,10	18
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		
07698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	1 202,95	18
07699	si faite par voie endonasale	451,50	15
07683	Craniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	294,00	10

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

	Lorsqu'une greffe est effectuée par le neurochirurgien, l'un ou l'autre des suppléments suivants peut être facturé :		
07839	greffe seule, supplément	290,70	
	greffe avec instrumentation		
07840	2 niveaux, supplément	560,85	
07704	3 niveaux, supplément	897,35	
07705	4 niveaux ou plus, supplément	1 121,70	
	Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation incluant la planification pré et per-opératoire donnent droit à un supplément		
07706	chirurgie spinale, supplément	313,70	
+	NOTE : Les actes codés 07706, 07842, 07817 et 07702 sont mutuellement exclusifs.		
07842	si guidage continu bidimensionnel per-opératoire effectué par le neurochirurgien en vue d'implantation d'instrumentation spinale, supplément	230,95	
+	NOTE : Les actes codés 07842, 07817, 07702 et 07706 sont mutuellement exclusifs.		
07707	si chirurgie de la jonction crano-cervicale (impliquant l'occiput, C1 ou C2) effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	897,35	
07708	si chirurgie de la jonction lombo-sacrée effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	448,65	
07748	si chirurgie de la jonction cervico-dorsale effectuée par le neurochirurgien avec greffe et instrumentation, supplément	400,00	
	NOTE : Les actes codés 07707, 07708 et 07748 peuvent aussi être facturés avec les actes de l'onglet Musculo-squelettique.		

		R = 1	R = 2
Tumorale			
	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
07684	par voie postérieure	1 190,05	15
07685	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	1 256,30	18
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
07686	un à quatre métamères	1 496,50	18
07687	plus de quatre métamères	2 512,45	18
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
07688	un à quatre métamères	1 885,00	18
07689	plus de quatre métamères	3 141,35	18
07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	1 130,80	18
07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	2 512,45	18
07692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant, par le neurochirurgien seulement	2 512,45	18
Dégénérative et traumatique			
07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	1 017,25	15
07701	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours), par le neurochirurgien seulement	1 036,10	15
07843	Cyphoplastie percutanée incluant, le cas échéant, l'approche bipédiculaire, l'utilisation du ballonnet, l'injection de substance de contraste, la tomodensitométrie ou la fluoroscopie, l'injection de ciment	653,20	12
Lésions vasculaires			
07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique préopératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	935,75	15
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 885,00	18
07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	3 141,35	18
07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 885,00	18
07697	Laminectomie pour hématome épidural primaire	1 190,05	15
Lésions infectieuses			
07713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quel que soit le nombre de niveaux	1 042,40	15
07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 392,20	15
07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	1 160,45	15

		R = 1	R = 2
07717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 680,50	18
Malformations congénitales du rachis & moelle épinière			
<i>Rachis :</i>			
	Résection de l'odontoïde par approche transorale pour décompression du tronc cérébral et de la moelle cervicale incluant la trachéotomie		
07718	temps du neurochirurgien	1 636,40	18
07719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	473,40	
T 07720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	125,70	
07721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	531,50	
07722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	447,50	10
<i>Méninges :</i>			
	Réparation de méningocèle cervicale :		
07723	antérieure	1 295,90	18
07724	postérieure	909,60	15
	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
T 07725	antérieure	1 507,25	18
T 07726	postérieure	882,20	15
	Réparation de méningocèle sacrée :		
07727	antérieure	1 120,00	18
T 07728	postérieure	801,35	15
	Réparation de méningocèle intraspinal (kyste extradural)	1 056,10	15
07729	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien		
T 07740	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	415,80	15
T 07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	736,70	15
<i>Moelle épinière et queue de cheval :</i>			
T 07730	Réparation de myéломéningocèle	1 256,30	18
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
T 07731	un sac dural	895,55	15
T 07732	deux sacs durs	1 632,80	18
T 07733	si libération d'une moelle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	210,55	
	Traitement de moelle ancrée :		
T 07734	première intervention	935,75	15
T 07735	réintervention	1 267,80	18
	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire :		
T 07736	par laminectomie et marsupialisation du kyste	1 130,80	18
T 07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	1 130,80	18
T 07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	1 381,75	18
07005	avec myéloscopie, supplément	222,50	

		R = 1	R = 2
	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :		
07739	intradural	201,20	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 :		
T 07751	une racine	812,60	15
T 07752	chaque racine additionnelle	58,10	
T 07753	radicectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	966,90	15
T 07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	88,00	
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
07755	une racine	696,00	12
07756	chaque racine additionnelle	140,60	
T 07761	traitement chirurgical du torticollis spasmodique, quelle que soit la technique utilisée, incluant, le cas échéant : la dénervation sélective d'un ou plusieurs muscles et les ramisectomies unilatérales ou bilatérales	1 437,25	15
	Cordotomie ou myélotomie :		
07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	896,20	15
07762	tractotomie trigéminalle ouverte	864,30	15
07763	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale : cordotomie (incluant la stimulation)	447,50	10
	rhizotomie postérieure :		
07764	une ou deux racines	109,00	10
07765	trois racines ou plus	147,00	
T 07766	tractotomie trigéminalle	469,90	15
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
T 07767	implantation d'électrodes par laminectomie	601,65	12
T 07768	implantation d'électrodes percutanées	329,70	8
T 07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	430,85	6
	implantation de cathéter :		
T 07770	percutané (PG-28)	334,15	6
T 07771	par laminectomie	601,65	12
T 07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	54,75	6
T 07773	Révision du neurostimulateur ou des électrodes ou révision de la pompe à perfusion ou du cathéter	373,75	7
T 07775	Remplissage de pompe intrarachidienne et reprogrammation	63,60	
T 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	69,25	

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :			
T 07172	nerf majeur (PG-28)	217,95	6
T 07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (PG-28)	173,25	6
07790	névrome d'un nerf digital (PG-28)	140,60	6
Sympathectomie :			
T 07216	cervico-dorsale, unilatérale	376,00	10
07214	périoraortique	82,00	6
T 07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	308,45	8
T 07220	lombaire : unilatérale	300,30	8
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	60,90	
07208	bilatérale, supplément	88,20	
----	présacrée		
(voir Gynécologie utérus et col utérin)			
T 07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site (PG-28)	166,55	5
T 07792	Neurolyse d'un nerf majeur (PG-28)	183,75	5
NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).			
T 07772	Décompression-neurolyse du nerf cubital au coude, avec ostéotomie de l'épitrachée humérale (PG-28)	462,00	6
T 07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (PG-28)	126,00	5
T 07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	100,60	4
NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.			
07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	168,70	5
07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	113,20	5
T 07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	78,75	5
	Plexus brachial		
T 07468	dissection sous-claviculaire	525,00	12
T 07469	dissection sus-claviculaire	525,00	12
T 07787	dissection sus et sous-claviculaire	1 040,00	15
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
T 07788	chaque anastomose, supplément	225,70	3
T 07789	chaque greffe, supplément	384,20	3
+	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 977,30	
D	NOTE : En anesthésiologie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire lorsque
le code d'acte **07788** ou **07789** est facturé
en rôle 1.

		R = 1	R = 2
T 07009	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 542,95	18
T 07010	Plexus lombo-sacré exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 542,95	18
07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée.	197,40	6
T 07473	Grefe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope, incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	735,00	12
T 07474	Grefe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	598,00	10
T 07797	Microanastomose de nerf périphérique nerf majeur (PG-28)	653,90	10
T 07798	nerf mineur (PG-28)	413,60	8
	Grefe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
07475	nerf majeur	300,00	8
T 07476	nerf mineur	210,00	7
T 07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (PG-28)	491,85	12
T 07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (PG-28)	155,00	6
T 07799	Suture nerveuse (neurorrhaphie) (PG-28)	115,50	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	413,20	10
	Thermoplastie annulaire intradiscale électrothermale, toutes techniques		
07845	un niveau	496,10	10
07846	niveau additionnel (maximum un)	330,80	
	Nucléoplastie intradiscale percutanée ou décompression intradiscale percutanée sous scopie		
T 07847	un niveau	495,90	10
07848	niveau additionnel (maximum un)	330,80	
07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	350,00	8

INDEX

Page

APPAREIL VISUEL	T-2
# Globe oculaire.	T-2
# Cornée	T-4
# Sclérotique	T-5
# Iris et corps ciliaire	T-5
# Cristallin.	T-6
# Corps vitré.	T-7
# Rétine	T-9
# Muscles oculaires	T-10
# Orbite	T-10
# Paupières et sourcils.	T-11
# Cils	T-12
# Conjonctive	T-13
# Appareil lacrymal	T-13
# Corps étranger	T-14
# Traumatisme oculaire	T-14

T - APPAREIL VISUEL

Selon la règle 8.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie, les chirurgies multiples de l'Appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont rémunérées à 75 %. Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 %.		
+		
#	AVIS : Utiliser le modificateur 122 pour les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées à la même séance, sauf pour la chirurgie principale. Utiliser le modificateur 013 pour la chirurgie pratiquée sur le deuxième œil, lors d'une chirurgie bilatérale, effectuée à la même séance, sauf pour la chirurgie principale. AVIS : Selon la règle 8.5 de l'Addendum 4 – Chirurgie, les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes sont également rémunérées à 75 % (MOD = 125), sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence, d'un examen de tomographie optique du globe oculaire ou de l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (MOD = 123). AVIS : Voir le tableau sous la règle 8.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie, onglet E. AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
+ 07084	Pour tous les actes de l'onglet T, si effectués sous anesthésie générale, supplément	100,00
+	NOTE : Un seul supplément par séance. Ce supplément ne s'applique pas chez un patient de 0 à 10 ans.	

GLOBE OCULAIRE

D 07045	Goniotomie incisionnelle	597,70	6
+	NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil et ne peut être facturé pour l'implantation de tuteur trabéculaire (codes d'acte 07819 et 07820) ou pour un traitement au laser dans l'angle (code d'acte 07802) à la même séance.		

		R = 1	R = 2
07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.	362,50	6
07085	Reformation d'une chambre antérieure plate post chirurgie NOTE : Cet acte ne peut être associé à 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 associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.	445,65	6
07237	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie, avec ou sans express shunt ou équivalent . . NOTE : Cet acte ne peut être associé à une chirurgie non pénétrante du glaucome (actes codés 07086, 07087, 07088).	674,35	7
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 : L'acte codé 07086 ne peut être facturé avec les actes codés 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	846,20	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 NOTE : Cet acte ne peut être associé à un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil, à la même séance.	218,00	5
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 pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
07192	partielle	247,55	6
07193	totale	396,10	6
07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	247,55	5
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	372,90	6
07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	372,90	6
07364	Greffe de cornée	975,00	8
07090	dissection pour DALK (kéroplastie lamellaire antérieure profonde), supplément	400,00	
07091	kératoprothèse, supplément	400,00	
# 07092	préparation et découpage du bouton endothélial à partir d'un greffon brut ou préparation et découpage de la membrane de Descemet pour DMEK (kératoplastie endothéliale par membrane de Descemet), supplément	200,00	
07093	greffe chez un patient de 10 ans et plus et de moins de 18 ans, supplément	200,00	2
07094	Repositionnement du greffon endothélial par bulle d'air ..	370,00	6
	NOTE : Cet acte ne peut être associé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil.		
07140	Implantation de prothèse intracornéenne Intacs pour le traitement du kératocône	337,10	6
07141	Kératectomie ou incisions relaxantes pour astigmatisme de plus de 3,00 dioptries mesurée au plan cornéen dans les cas suivants :	337,10	6
	- post-greffe de la cornée		
	- post-cicatrice traumatique de la cornée		
	- post-pathologie cornéenne		
	- post-chirurgie cornéenne non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée		
07095	Kératectomie effectuée par laser dans le cas d'une anisométrie de plus de 5,00 dioptries mesurée au plan cornéen entraînant un déficit fonctionnel de la vision et non secondaire à une chirurgie réfractive considérée non assurée	350,00	6
	NOTE : Une autorisation préalable de la Régie est requise.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
07080	Réticulation (cross linking) de la cornée aux rayons UVA pour le traitement des ectasies, des infections et des inflammations de la cornée, incluant la kératectomie. . . .	350,00	6
07803	Curetage et/ou cautérisation	57,30	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	57,55	4

		R = 1	R = 2
	07143 Pose de membrane 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			
S	07048 Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	440,00	5
	07368 Greffe sclérale	609,25	7
	07370 Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculéctomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale.	245,95	6
IRIS ET CORPS CILIAIRE			
D	07801 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie (1*).	168,55	6
D	07802 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie (1*).	202,25	5
	Implantation de tuteur trabéculaire, un ou plusieurs		
	07819 dans un œil phaké.	450,00	6
	07820 dans un œil pseudophaké.	350,00	6
	NOTE : Les actes codés 07819 et 07820 ne peuvent être facturés avec l'acte codé 07045, à la même séance.		
	07144 Endophotocoagulation au laser du corps ciliaire pour glaucome chez enfant (< 18 ans), fait sous anesthésie générale incluant la vitrectomie antérieure, le cas échéant		
	07804 Goniosynéchiolyse, incluant la gonioscopie	394,90	6
	07814 Corectopie, excluant les remplacements de lentilles intra-oculaires (1*).	627,20	7
	07051 Sphinctérotomie (1*).	364,65	7
	07052 Synéctotomie irienne (coréolyse) (1*).	323,20	5
D	07169 Excision lésion irienne avec spécimen pour pathologie . .	364,65	5
	07170 Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	528,80	5
	07137 Iridectomie périphérique ou complète (1*).	932,55	6
	07372 Iridodialyse (réparation)	364,65	6
S		513,70	5
D	07812 Cyclodestruction par laser, cryothérapie ou diathermie . .	240,30	6

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 3.

CRISTALLIN

07235	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	50,60	
T 07261	Cataracte, incluant les iridectomies : Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal (2*)	325,00	2
07821	si implantation de tuteur trabéculaire, un ou plusieurs, à la même séance, supplément	220,00	
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	445,70	7
07145	Suture d'une LIO ou d'un implant intra-oculaire à la sclère, à l'iris ou à la capsule, supplément.	225,65	
07263	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	245,95	5
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	445,70	6
T 07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire, cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure (2*)	325,00	7
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	828,55	7
07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG.	140,45	5

AVIS :

(2) Le rôle 4 n'est pas payable pour le code 07227 ou 07261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire Document complémentaire (1944).*

CORPS VITRÉ

07236	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	50,80	
07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	298,30	5
07330	Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie (1*)	314,65	6
T 07331	Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction (1*)	125,00	5
	Dans le cas d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge - (Lettre d'entente n° 183) (pour ophtalmologiste seulement)		
	Lorsque l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique et l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique sont réalisés en clinique médicale		
07035	premier oeil, supplément (2*)	115,00	
07036	deuxième oeil à la même séance, supplément (2*)	57,50	
	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé à l'hôpital et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite en clinique médicale		
07056	pour l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique (en établissement seulement)	15,00	
	pour l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique		
07057	premier oeil, supplément (2*)	65,00	
07058	deuxième oeil à la même séance, supplément (2*)	32,50	
07059	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique réalisé en clinique médicale et qui mène à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique faite à l'hôpital (2*)	50,00	

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 3.

(2*) Inscrire le code de localité de la clinique médicale dans la section Établissement pour les codes 07035, 07036, 07037, 07057, 07058 et 07059.

		R = 1	R = 2
	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, et qui ne mène pas à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (pour ophtalmologiste seulement) (2*)		
07037	réalisé en clinique médicale (2*)	50,00	
07060	réalisé à l'hôpital	15,00	
	NOTE : Selon conditions et maximum prévus à la Lettre d'entente n° 183.		
07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie.	768,65	8
07146	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épiréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	884,00	10
07147	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	225,65	
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	285,65	4
07339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	438,10	5

AVIS :

(2) Inscrire le code de localité de la clinique médicale dans la section Établissement pour les codes 07035, 07036, 07037, 07057, 07058 et 07059.*

RÉTINE*Réparation*

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel.	248,55	4
07299	profond.	363,15	6
07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbonate ou autre).	400,00	6
07292	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure.	348,05	8
	Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande enclerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intravitréens :		
07408	première intervention.	894,95	8
D 07409	intervention subséquente incluant toutes techniques ..	994,30	10
	Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale :		
07310	tumeur.	397,70	5
07313	lésion hémorragique ou vasculaire.	352,50	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie.	745,75	8
07466	extraction d'une plaque de cobalt.	364,65	6
S 07311	Photocoagulation au laser ou autre procédé.	238,05	5
+ 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
S			
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale.	256,90	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive).	397,70	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical. . . .	497,55	6
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	515,05	6
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	538,05	6
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	576,55	7

Supplément pour muscle additionnel

07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (1*)	176,05	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	184,50	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	192,15	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (1*)	207,60	

NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.

07279	Transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles	538,05	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	515,05	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	535,90	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	169,15	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	327,60	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou 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)	409,50	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

AVIS :

(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de muscles dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
	Exentération simple :		
07242	sans greffe	715,80	6
07243	avec greffe.....	1 128,25	10
07380	Plastie du plancher de l'orbite, incluant herniation des tissus mous dans le sinus maxillaire	335,35	5
	NOTE : Ne peut être réclamé avec une réduction de fracture de l'orbite.		
07379	Réduction de fracture de l'orbite	361,05	5

PAUPIÈRES ET SOURCILS

Chirurgie du punctum : (Voir sous le titre « Appareil lacrymal »)

Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive). (Voir sous le titre « Conjonctive »)

Incision

07065	Ouverture d'orgelet et drainage.....	13,50	4
07068	Ouverture et drainage d'abcès (PG-28 pour médecin spé- cialiste en médecine d'urgence seulement)	53,55	4

Excision

T 07173	Chalazion (PG-28)	63,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
07167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28).....	126,00	6
07168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil.....	508,35	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptôse palpébrale.....	198,10	4
	Néoplasme :		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne :		
07174	n'intéressant pas le rebord de la paupière, maximum 4 lésions par séance (PG-28)	45,55	5
	NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma.		
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28).	427,00	6
07420	Réparation du canthus interne ou externe	363,15	5
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	437,30	5
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis.....	762,35	8
07467	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie	57,30	5
	Ectropion ou entropion :		
07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	363,15	6
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	528,15	6
07813	cautérisation (incluant l'examen).....	57,30	

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure	427,00	6
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28).	874,80	8
07149	Excision du surplus cutané de la paupière supérieure pour troubles fonctionnels documentés (PG-28)	252,85	6
	NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code d'acte 07149, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.</i>		
	Ptose :		
07394	suspension au frontal	602,40	6
07385	fasanella ou autre technique	247,55	6
07395	réssection du releveur (PG-28)	503,40	6
07396	réintervention.	594,20	7
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	255,90	6
	Lacération de la paupière :		
07386	n'intéressant pas le bord libre (PG-28).	198,10	4
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	478,70	6
07403	Tarsorrhaphie (PG-28)	239,35	6
CILS			
07418	Électrolyse ou cryothérapie	57,30	5
	Trichiasis localisé :		
07402	opération par réssection sectorielle réquerant la reconstruction du rebord de la paupière	310,25	5
07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	497,20	5

		R = 1	R = 2
CONJONCTIVE			
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	57,55	4
	Excision de tumeur :		
07175	bénigne ou kyste ou conjonctivo-chalazis	57,30	5
07179	maligne, excision simple	292,15	6
07180	maligne, excision avec greffe	579,20	6
07405	Plastie conjonctivale avec greffe	381,10	6
07406	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	28,10	4
07151	Implantation d'un clou méatique (maximum 4)	44,95	4
07319	Intubation du canal lacrymal	181,60	4
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	107,30	5
07458	Réparation des canalicules sectionnés	602,40	5
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	595,55	7
07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse . .	716,90	7
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	723,40	6
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales . . .	47,20	5
07460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	686,55	7

CORPS ÉTRANGER

Extraction d'un corps étranger :

	intra-oculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée) :		
07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique) .	513,70	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	615,65	7
07153	non magnétique	748,00	6
07159	cornéen	57,30	4
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	742,75	6
07204	conjonctival	16,90	5

TRAUMATISME OCULAIRE

07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire dans le but d'éliminer une perforation oculaire, sous anesthésie générale	561,55	6
	NOTE : Ne peut pas s'ajouter à un autre acte chirurgical sur le même oeil.		

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique, ou les deux	688,25	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère	820,70	6
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristalliniennes et/ou de vitré	946,35	10
07456	Cantholyse	137,65	4
	NOTE : Ne peut pas être associé à un autre acte chirurgical au même oeil.		

INDEX

Page

APPAREIL AUDITIF	U-2
Oreille externe.....	U-2
Oreille moyenne	U-3
Oreille interne	U-5

U - APPAREIL AUDITIF

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

OREILLE EXTERNE*Incision*

T 07075	Hématome	56,20	5
T 07076	Abcès du conduit	56,20	5

Excision

T 07150	Fistule préauriculaire (PG-28)	276,75	6
-----	Kyste :		
-----	préauriculaire	(voir système digestif)	
	du lobule	(voir peau et phanères)	
T 07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endaurale ou rétroauriculaire	424,35	4
T 07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	332,10	7
T 07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) (PG-28)	33,20	4
T 07198	Réséction partielle en pointe du pavillon de l'oreille pour pathologie, incluant peau et cartilage	110,70	4
T 07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	273,00	5

Réparation

T 07424	Prauminauris unilatéral chez une personne de moins de 18 ans (PG-28)	262,50	5
T 07443	Révision, unilatérale chez une personne de moins de 18 ans	276,75	5

		R = 1	R = 2
	Otoplastie, reconstruction du pavillon : absence totale		
07412	1 ^{er} temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (PG-28)	1 102,50	12
07415	2 ^e temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	525,00	4
07417	3 ^e temps : reconstruction du lobule.	404,25	4
	NOTE : Lorsque le 2 ^e temps ou le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, supplément 100 \$ par temps.		
	<u>AVIS :</u> Si le 2 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 07431 . Si le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 07432 . Pour le code d'acte 07431 ou 07432 , inscrire 100 \$ dans la case HONORAIRES.		
----	4 ^e temps : greffe cutanée.	(Voir « greffes libres »)	
07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	553,55	7
	OREILLE MOYENNE		
	<i>Incision</i>		
07077	Myringotomie : mise en place du tube sous microscope, unilatérale (PG-28)	77,50	4
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 086 (combinaison de 050 et 093) pour la facturation du deuxième acte, s'il y a lieu.		
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	211,65	5
07078	Paracentèse unilatérale (PG-28)	37,60	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)	211,65	6
07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne.	306,50	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	33,20	4
	Mastoidectomie :		
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	415,15	5
07259	radicale ou radicale modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	830,30	6
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :		
07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	339,45	6
07489	avec moulage du mur du nerf facial	990,10	6
	NOTE : Les actes codés 07488 et 07489 ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.		
07302	Nettoyage d'une cavité de mastoidectomie sous microscope (PG-28)	33,20	5
07257	Stapédectomie (PG-28)	509,20	7
07270	Reprise (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	553,55	7

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	55,50	4
07449	Myringoplastie simple	226,30	5
07450	Tympanoplastie (PG-28)	424,35	6
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	553,55	7
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	64,00	
	Masto-tympanoplastie		
07491	sans reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoidectomie radicale modifiée (PG-28) .	830,30	6
07437	avec reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoidectomie radicale modifiée (PG-28) .	990,10	6
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	62,60	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	1 131,55	10
07438	Oblitération de cavité mastoïde incluant la reconstruction du conduit auditif externe, le cas échéant.	565,80	6
07439	Fenestration du canal semi-circulaire externe	553,55	6
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	276,75	5
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	424,35	7
07494	Insertion de prothèse à ancrage osseux	402,40	6

		R = 1	R = 2
T 07495	Implantation cochléaire à monoélectrode ou canaux multiples incluant la pose de récepteur, unilatérale, dans un établissement autorisé par le ministre	905,25	18

AVIS : *Inscrire le code de l'établissement dans la case appropriée.*

OREILLE INTERNE

Excision

T 07251	Exérèse de tumeur de la base du crâne ou de l'angle ponto-cérébelleux, en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant	1 131,55	15
T 07241	Neurectomie vestibulaire par approche translabirynthique.	905,25	8
07229	Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure	510,30	12
	Oblitération d'un canal semi-circulaire		
T 07222	canal postérieur ou horizontal par voie mastoïdienne .	553,55	7
T 07223	canal supérieur par fosse moyenne	1 410,00	12
	Exérèse de tumeur glomique		
T 07287	approche tympanique.	553,55	7
T 07288	approche mastoïdienne, supplément	332,10	2
07289	approche mastoïdienne, foramen jugulaire et cou, supplément.	1 000,00	5
T 07266	Temporalectomie	1 107,10	12
T 07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	408,00	7
	Traitement médical par injection transtympanique :		
T 07258	première séance	83,05	
T 07260	chaque séance subséquente	55,50	
	NOTE : Les actes codés 07258 et 07260 ne peuvent être facturés avec les actes codés 07077 et 07078. Un seul des actes codés 07258 et 07260 est payable par jour, pour un même patient.		
	Labyrinthectomie chirurgicale		
07268	par oreille moyenne.	375,00	7
T 07269	par voie transmastoidienne.	498,20	7
07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	315,00	6

Introduction

07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale.	237,00	6

Réparation

07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	520,00	8
T 07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	565,80	6
T 07481	Cochléo-sacculotomie	397,55	7

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	V-2
Règle 1 : Tarification	V-2
Règle 2 : Examens	V-4
Règle 3 : Examen radiologique d'un membre	V-4
Règle 4 : Fluoroscopie	V-4
Règle 5 : Examen du colon	V-4
Règle 6 : Tube digestif supérieur en double contraste	V-4
Règle 7 : Examens de l'abdomen et du bassin	V-4
Règle 8 : Nez et sinus	V-5
Règle 9 : Examen de la colonne	V-5
Règle 10 : Pharynx et oesophage	V-5
Règle 11 : Colonne lombaire ou lombo-sacrée	V-5
Règle 12 : Bilatéralité	V-5
Règle 13 : Radiographie dentaire	V-6
Règle 14 : Substances de contraste	V-6
Règle 15 : Angioradiologie et radiologie d'intervention	V-6
Règle 16 : Stéréoscopie	V-6
Règle 17 : Consultation exceptionnelle	V-7
Règle 18 : Tarification	V-7
Règle 19 : Rapport	V-7
Règle 20 : Tomographie par ordinateur et résonance magnétique	V-7
Règle 21 : ANGIO-IRM / ANGIO-TDM	V-8
Règle 22 : Révision	V-8
Protocole concernant la radiologie diagnostique	V-9
TABLEAU DES HONORAIRES	V-13
Tête et cou	V-14
Colonne et bassin	V-15
Membres supérieurs	V-15
Membres inférieurs	V-16
Études du squelette	V-16
Thorax	V-16
Abdomen	V-17
Voies gastro-intestinales et biliaires	V-17
Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	V-19
Obstétrique et gynécologie	V-19
Fluoroscopie diagnostique	V-20
Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	V-20
Divers	V-21
Mammographie	V-23
Angioradiologie (technique)	V-26
Angioradiologie (interprétation)	V-27
Tomographie par ordinateur	V-28
Protocole 1 - concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-33
Angio-IRM	V-34
Cardiaque	V-36

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ADDENDUM 4.

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- # **AVIS :** *Sur la Demande de paiement – Médecin (1200), toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le **numéro du médecin**, de l'infirmière praticienne ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT.*

Si le médecin traitant est le même que celui qui a demandé l'examen, y répéter les mêmes renseignements.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), l'honoraire de laboratoire (R=7) et l'honoraire de numérisation (R=9).

L'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7) sont payés suivant le tableau des honoraires correspondants. L'honoraire de numérisation (R=9) est, dans les cas prévus, payé selon un pourcentage de l'honoraire de laboratoire (R=7) applicable, tel que ce pourcentage est déterminé en regard d'un examen au tableau des honoraires.

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606), sauf indication contraire aux tarifs.*

Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

TARIF DE LABORATOIRE

1.2 En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

1.3 Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le rôle 7 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la section Établissement, le code de cabinet 32XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

On lui accorde ce tarif pour un examen qu'il pratique chez un patient dont il est le médecin traitant.

- + **1.4** En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7) et, le cas échéant, selon l'honoraire de numérisation (R=9).

S'ajoute l'honoraire de consultation (R=1) s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

Pour l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7), sont visés les laboratoires de radiologie générale inscrits au Répertoire ministériel de l'Annexe I du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

Pour l'honoraire de numérisation (R=9), sont visés les laboratoires de radiologie générale visés à ce Répertoire et qui ont de plus été reconnus par les parties négociantes en vertu de l'article 4 du Protocole concernant la radiologie diagnostique.

- # **AVIS :** *Aux fins de la facturation, remplir le formulaire* Demande de paiement – Médecin n° 1200 . *Voir sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement.

Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

*Pour réclamer l'honoraire de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et les honoraires correspondants. Lorsque l'honoraire de numérisation (R=9) est applicable, inscrire le MOD 105, 106 ou 107 selon le cas et majorer la valeur des honoraires du RÔLE 7 du pourcentage correspondant. **Le RÔLE 9 ne doit pas être inscrit sur la demande de paiement..***

Pour réclamer l'honoraire de consultation, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le RÔLE 1 et les honoraires correspondants.

MODIFICATEURS À UTILISER POUR L'HONORAIRE DE NUMÉRI- SATION

MOD = 105 : Honoraire de numérisation pour la RADIOLOGIE GÉNÉRALE, majoration de 15%

MOD = 106 : Honoraire de numérisation pour la MAMMOGRAPHIE, majoration de 15%

MOD = 107 : Honoraire de numérisation pour la FLUOROSCOPIE, majoration de 60%

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD

- 1.5** Le médecin radiologiste qui agit comme consultant d'un laboratoire de radiologie exploité par un médecin omnipraticien, est payé suivant le tableau des honoraires de consultation (R=1).

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=1 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 33XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

- 1.6** En laboratoire, seuls les examens dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis, donnent droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.7 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement.

RÈGLE 2.
EXAMENS

2.1 Le médecin radiologiste est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

RÈGLE 3.
EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 lorsqu'il s'agit d'étude non comparative, pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7.*

RÈGLE 4.
FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5.
EXAMEN DU COLON

5.1 La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues et l'introduction d'air et de bariüm sous contrôle fluoroscopique.

RÈGLE 6.
TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de bariüm approprié.

RÈGLE 7.
EXAMENS DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

7.1 On ne peut demander paiement d'un examen de l'abdomen en sus d'un examen du tube digestif, sauf indications cliniques.

Il en est de même de la tarification d'un examen de l'abdomen ou du bassin chez un patient dirigé pour un examen de la colonne lombaire.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 8.**NEZ ET SINUS**

8.1 Aucun honoraire n'est payé pour un examen du nez ou des sinus pratiqué chez un patient dirigé pour une radiographie du crâne, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 9.**EXAMEN DE LA COLONNE**

9.1 On ne peut demander paiement d'une radiographie simple de la colonne lors d'une myélographie sauf si le patient n'a pas subi cet examen ou si les clichés de cet examen n'ont pu être obtenus.

RÈGLE 10.**PHARYNX ET OESOPHAGE**

10.1 On ne peut demander paiement du code « Pharynx et oesophage (ciné ou vidéo) » ni du code « Tissus mous du cou » en sus d'un examen du tube digestif supérieur, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 11.**COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE**

11.1 Le médecin radiologiste ne peut demander paiement d'un examen du sacrum chez un patient dirigé pour une radiographie de la colonne lombaire, sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 12.**BILATÉRALITÉ**

12.1 Le médecin radiologiste qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS : *Inscrire le modificateur 074 pour le deuxième acte, tant pour le rôle 1 que pour le rôle 7.*

RÈGLE 13.**RADIOGRAPHIE DENTAIRE**

13.1 Les radiographies dentaires sont payées par la Régie, lorsqu'elles sont pratiquées en centre hospitalier chez un patient qui y reçoit des soins de chirurgie buccale.

Il en est de même des radiographies dentaires pratiquées en laboratoire privé chez un bénéficiaire du programme de soins dentaires.

13.2 On ne peut demander paiement du code « Dents - 1, 2 régions dentaires » en sus de celui « Étude panoramique des maxillaires - bouche entière », sauf indications cliniques.

AVIS : *Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

RÈGLE 14.**SUBSTANCES DE CONTRASTE**

14.1 L'honoraire de laboratoire comprend compensation pour les substances de contraste administrées lors de l'examen.

RÈGLE 15.**ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION**

- + **15.1** On accorde un supplément de 36,80\$ au médecin radiologiste qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

Ce supplément est également accordé, dans les mêmes circonstances, pour une hospitalisation d'un jour, en externe.

- # **AVIS :** *Pour facturer le supplément de 36,80\$ à l'égard d'un patient hospitalisé, utiliser le code d'acte 09222 ou pour facturer celui à l'égard d'un patient en hospitalisation d'un jour, en externe, utiliser le code d'acte 09299, sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. Inscrire le numéro d'établissement correspondant au secteur d'activité relié au code d'acte réclamé. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

- + **15.2** Le médecin radiologiste qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 12,60 \$ par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS : *Pour facturer les visites, utiliser le code d'acte 09223, sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. Inscrire le numéro de l'établissement dans la case appropriée. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

RÈGLE 16.**STÉRÉOSCOPIE**

16.1 Deux films effectués pour un examen en stéréoscopie sont considérés comme deux incidences dans le cas d'un examen du crâne, du massif facial, des sinus ou de la colonne cervicale.

RÈGLE 17.**CONSULTATION EXCEPTIONNELLE**

Un médecin peut être justifié en regard de la complexité du dossier clinique, de faire appel au savoir d'un radiologiste d'un centre hospitalier de soins ultraspécialisés auquel il n'est pas attaché.

Le médecin radiologiste donne alors son opinion au vu des clichés qui lui sont transmis par celui qui le consulte.

- + On accorde pour cette consultation exceptionnelle l'honoraire établi au tarif, plus un supplément de 35,90 \$.

AVIS : Voir le code d'acte 08240 sous le présent onglet. Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle, soit sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 ou sur le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référent (les initiales, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi du formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte n° 1606, utiliser un formulaire Document complémentaire n°1944 pour inscrire les renseignements demandés.

RÈGLE 18.**TARIFICATION**

18.1 Le médecin radiologiste qui demande paiement d'un examen complémentaire justifié par des indications cliniques, en note sommairement le motif au relevé d'honoraires.

Il en est de même lorsque le médecin radiologiste pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

AVIS : Inscrire le modificateur 009 dans la case MOD et consigner les indications cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 19.**RAPPORT**

19.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS : À la demande d'un médecin, la révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé, accompagné des modificateurs 008 en cabinet ou 021 en établissement.

Le modificateur à utiliser est fonction du lieu où la révision est faite.

RÈGLE 20.**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE**

On accorde un supplément de 36,90\$ au médecin radiologiste pour une sédation intramusculaire ou intraveineuse lors d'un examen de tomographie par ordinateur ou d'un examen de résonance magnétique chez un enfant de moins de cinq ans, incluant la surveillance et l'injection.

AVIS : Pour facturer le supplément à l'égard d'un enfant de moins de 5 ans, inscrire le code d'acte 08279 sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.

RÈGLE 21.**ANGIO-IRM / ANGIO-TDM**

Les examens d'angio-IRM et d'angio-TDM sont effectués à la suite d'une requête comportant obligatoirement des indications cliniques spécifiques vasculaires. Il s'agit d'une étude angiographique, par tomodensitométrie ou par résonance magnétique, pour fins diagnostiques. Ces examens comprennent le travail du radiologiste sur une console de reconstruction multiplanaire et ses constatations diagnostiques angiographiques des vaisseaux principaux, périphériques et tributaires.

Le médecin qui réclame le paiement des honoraires prévus pour un examen d'angio-IRM ou d'angio-TDM ne peut réclamer, pour un même patient, les honoraires d'un examen d'angioradiologie (technique ou interprétation) au cours de la même séance.

RÈGLE 22.**RÉVISION**

La révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie, donne droit à un honoraire de 25 % du tarif de consultation de cet examen.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé.*

PROTOCOLE CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ARTICLE 1.

RÉPERTOIRE DES LABORATOIRES DE RADIOLOGIE GÉNÉRALE

1.1 L'annexe I de ce Protocole identifie les laboratoires de radiologie générale établis au 15 juillet 1987 et pour lesquels un permis d'exploitation a été délivré au nom d'un médecin radiologiste.

Ce répertoire n'est pas limitatif : s'y ajouteront les nouveaux laboratoires qui seront implantés par les médecins radiologistes et auxquels la ministre délivrera un permis d'exploitation, conformément aux dispositions de l'article 2.

Un laboratoire de radiologie générale dont le permis d'exploitation est cédé, demeure visé par l'annexe 1 si le nouveau titulaire est un médecin radiologiste.

Un laboratoire perd son inscription s'il est relocalisé ailleurs.

ARTICLE 2.

IMPLANTATION DE NOUVEAUX LABORATOIRES

- + **2.1** Est créé un comité conjoint de six membres, composé pour moitié de médecins nommés par la Fédération, dont au moins deux médecins radiologistes.

Ce comité a pour mandat d'étudier les demandes de permis présentées par les médecins radiologistes pour l'implantation de nouveaux laboratoires de radiologie.

Ces demandes sont déferées par le ministre.

2.2 Le comité conjoint fait connaître sa recommandation dans les trois mois de la réception de la demande.

À l'égard d'une demande, le comité doit se prononcer sur l'opportunité de l'implantation d'un nouveau laboratoire, eu égard aux ressources déjà disponibles pour répondre aux besoins de la région.

2.3 La ministre décide de la délivrance des permis suivant la loi.

La ministre informe la fédération des permis qu'elle délivre; si elle n'entérine pas une recommandation du comité conjoint, elle lui donne les motifs de sa décision.

ARTICLE 3.

IMPUTATION DES GAINS DE PRATIQUE

CALCUL DES GAINS DE PRATIQUE

Les gains de pratique tirés de la radiologie diagnostique sont comptés comme suit :

HONORAIRES DE CONSULTATION

3.1 Sont établies les données relatives aux honoraires de consultation : pour les départements hospitaliers; pour les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1; et pour les examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie spécifique dont l'exploitant est un médecin omnipraticien.

HONORAIRES DE LABORATOIRE**3.2** Les honoraires de laboratoire sont comptabilisés de façon distincte.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les laboratoires de radiologie générale inscrits au répertoire de l'annexe 1.

Sont établies les données relatives aux examens pratiqués dans les autres laboratoires de radiologie, en identifiant la discipline de leur exploitant.

ARTICLE 4.***HONORAIRE DE NUMÉRISATION :
RECONNAISSANCE DES LABORATOIRES***

4.1 Afin de favoriser la numérisation des équipements radiologiques dans les laboratoires de radiologie générale, un honoraire de numérisation (R=9) est applicable dans les laboratoires reconnus par les parties négociantes et pour les secteurs d'activités radiologiques désignés.

À cette fin, on reconnaît trois secteurs d'activités distincts, soit la radiologie générale, la mammographie et la fluoroscopie.

4.2 Afin d'être reconnu, un laboratoire de radiologie générale identifié au répertoire prévu à l'article 1 doit satisfaire aux conditions suivantes :

- i) L'ensemble des équipements du laboratoire qui sont utilisés dans le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé doivent être numérisés;
- ii) Pour l'honoraire de numérisation applicable dans les secteurs d'activités de la mammographie ou de la fluoroscopie, l'ensemble des équipements utilisés dans le secteur d'activités de la radiologie générale doivent également être numérisés;
- iii) Le laboratoire doit disposer d'un PACS compatible aux normes exigées pour l'archivage des images dans le dépôt régional d'imagerie diagnostique et, via un lien réseau auquel on lui donne accès, alimenter ce dépôt régional selon ses capacités d'archivage.

Les frais du lien réseau sont à la charge du laboratoire, jusqu'à concurrence du coût du marché pour une ligne commerciale standard, tous frais excédentaires étant à la charge du ministère de la Santé et des Services sociaux ou d'un autre organisme qu'il désigne.

- iv) L'ensemble de l'équipement radiologique et le PACS utilisés dans le laboratoire de radiologie générale pour lequel un honoraire de numérisation est demandé (ci-après désignés les « équipements radiologiques ») doivent appartenir et profiter majoritairement à des médecins spécialistes en radiologie qui exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie (ci-après désignés les « médecins radiologistes »).

4.2.1 Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 (iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes, s'ils sont la propriété :

- i) d'un ou plusieurs médecins radiologistes; ou
- ii) d'une personne morale ou société dont les droits de participation et de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société, sont détenus, directement ou indirectement, à plus de 50 % par un ou plusieurs médecins radiologistes.

4.2.2 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2.1 (ii), la détention indirecte d'une action ou d'une part sociale s'entend de la détention par le biais :

- i) d'une fiducie entre-vifs dont la totalité des droits de bénéficiaires sont détenus par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes ci-après :
 - a) un ou des médecins radiologistes;
 - b) le conjoint, des parents ou alliés d'un ou des médecins radiologistes mentionnés au sous-paragraphe a) ci-dessus;
 - c) une ou plusieurs personnes morales ou sociétés dont les actions ou parts sociales, sont détenues en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a) et/ou b) ci-dessus;
 - d) une ou plusieurs fiducies entre-vifs dont les droits de bénéficiaires sont détenus en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphe a), b) et/ou c) ci-dessus;

Toutefois, l'acte de fiducie doit prévoir que les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales détenues par la fiducie dans, selon le cas, une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.1 ii), sont exercées exclusivement par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a).

- ii) d'une personne morale ou société dont les droits de vote rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par une ou des personnes mentionnées au sous-paragraphe a) du paragraphe i) et dont les droits de participation rattachés aux actions de cette personne morale ou aux parts de cette société sont détenus en totalité par l'une ou l'autre ou plusieurs des personnes mentionnées aux sous-paragraphe a), b), c) et d) du paragraphe i).

4.2.3 Sans limiter la généralité de la condition prévue au paragraphe 4.2 iv) et sous réserve de l'article 4.2.4, les équipements radiologiques sont également considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes si la détention de ceux-ci est octroyée aux personnes visées aux paragraphes 4.2.1 i) ou ii) par le biais d'un contrat de crédit bail consenti par une institution financière ou un fournisseur de ces équipements.

4.2.4 Aux fins de l'application du paragraphe 4.2 iv) et malgré que les conditions prévues aux articles 4.2.1 à 4.2.3 soient rencontrées, les équipements radiologiques ne sont pas considérés appartenir et profiter majoritairement aux médecins radiologistes dans les circonstances suivantes :

- i) les fonds requis pour permettre l'acquisition des équipements radiologiques proviennent d'une source autre que les personnes visées à l'article 4.2.1, à moins que le coût de ces fonds n'excède pas le montant que représenterait les intérêts calculés sur ces fonds au taux qu'une institution financière canadienne aurait demandé pour un prêt commercial de même ampleur, en pareille circonstance;
- ii) toute entente, de quelque nature qu'elle soit, permet à des personnes autres que les médecins radiologistes, de retirer, sous quelque forme que ce soit, des sommes déraisonnables par rapport aux services rendus dans le cadre de l'exploitation du laboratoire de radiologie générale;
- iii) au cours de tout exercice financier de la personne morale ou de la société visée au paragraphe 4.2.1 ii), la moitié ou plus des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que des médecins radiologistes, de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société;

- iv) au cours de tout exercice financier d'une personne morale ou société visée au paragraphe 4.2.2 ii), une partie quelconque des bénéfices de l'année de cette personne morale ou société est ou pourrait être accumulée, réservée ou versée à une ou plusieurs personnes autres que celles mentionnées aux sous-paragrophes a), b), c) et d) du paragraphe 4.2.2 i), de quelque manière, tel, par exemple, par la détention par cette ou ces personnes, d'action(s) du capital-actions de la personne morale ou de part(s) sociale(s) de la société, donnant droit à un dividende ou à une participation à taux fixe ou donnant droit à un dividende ou à une participation pouvant être déterminé(e) à l'entière discrétion des administrateurs de la personne morale ou de la société.
- + v) Le laboratoire doit fournir l'information nécessaire permettant de situer le contexte de l'offre de radiologie dans son territoire et de démontrer son apport à l'offre de service du réseau public et le maintien de celui-ci. Le cas échéant, il doit proposer une offre de service complémentaire au réseau de la santé.

Cette condition n'est toutefois pas exigée à l'égard d'un laboratoire d'imagerie médicale dont le permis correspond à un permis de laboratoire d'imagerie médicale satellite. Est ainsi considéré le laboratoire d'imagerie médicale qui constitue un point de service d'un laboratoire d'imagerie médicale principal, lequel satisfait à l'ensemble des conditions prévues au présent protocole et a préalablement été reconnu par les parties négociantes.

4.3 Le médecin spécialiste en radiologie qui souhaite obtenir la reconnaissance d'un laboratoire de radiologie générale aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation doit présenter une demande à cet effet aux parties négociantes.

Il doit indiquer le secteur d'activités radiologiques pour lequel l'honoraire de numérisation est demandé et fournir toute l'information et la documentation nécessaire à l'analyse de sa demande et permettant de constater que les conditions mentionnées à l'article 4.2 sont rencontrées.

4.4 Est créé un comité conjoint composé en parts égales de représentants de la Fédération et du ministère de la Santé et des Services sociaux auxquelles sont soumises les demandes de reconnaissance présentées en vertu de l'article 4.3 aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation.

Au terme de son analyse, le comité conjoint fait une recommandation aux parties négociantes.

4.5 Suite aux recommandations du comité conjoint, les parties négociantes déterminent et désignent les laboratoires de radiologie générale qui sont reconnus aux fins de l'application de l'honoraire de numérisation ainsi que le secteur d'activités radiologiques visé.

4.6 La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application ou à la cessation d'application de l'honoraire de numérisation dans un laboratoire et un secteur d'activités radiologiques désignés.

LE 22 OCTOBRE 1987

THÉRÈSE LAVOIE-ROUX

Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

PAUL DESJARDINS

Président
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS : *Pour la facturation de la radiologie diagnostique en laboratoire de radiologie diagnostique, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin (n° 1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

Pour les services rendus en établissement, sauf indication contraire au tarif, utiliser le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (n° 1606).

AVIS : *Aux fins de la facturation sur le formulaire Demande de paiement - Médecin (n° 1200), **toujours inscrire un zéro au début du code d'acte** et aux fins de la facturation sur le formulaire Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (n° 1606), **toujours inscrire un zéro à la fin du code d'acte.***

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 ou un de ses multiples), le cas échéant. Voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement. En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour la facturation d'actes radiologiques dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de la technique, voir la section 3.2.5 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Les services effectués à des séances différentes doivent être facturés avec le modificateur approprié, le cas échéant (094 ou un de ses multiples). Voir l'Annexe II - Liste des modificateurs de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

AVIS : *Pour réclamer l'honoraire de numérisation, utiliser le rôle 7 avec le modificateur 105, 106 ou 107 selon le cas. **Le rôle 9 ne doit pas être inscrit sur la demande de paiement.** Voir les instructions de facturation à la règle 1.4 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
TÊTE ET COU				
	Crâne			
08010	3 incidences ou moins	27,20	12,20	15 %
08013	4 incidences ou plus	33,90	15,20	15 %
	Selle turcique			
08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	23,70	7,20	15 %
	Massif facial			
08123	3 incidences ou moins	20,80	9,40	15 %
08124	4 incidences ou plus	26,00	9,70	15 %
	Nez			
08031	minimum de 2 incidences	13,50	5,90	15 %
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)			
08023	minimum de 3 incidences	20,80	9,60	15 %
	Articulations temporo-maxillaires			
08024	minimum de 4 incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	20,80	9,60	15 %
	Sinus			
08125	3 incidences ou moins	19,80	9,00	15 %
08126	4 incidences ou plus	23,70	9,40	15 %
	Mastoïdes, bilatérales, incluant la tomographie, le cas échéant			
08076	minimum de 6 incidences	26,10	13,30	15 %
	Conduit auditif interne			
08019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	23,70	9,60	15 %
	Oeil			
08030	recherche de corps étrangers	13,50	8,50	15 %
08028	recherche et localisation de corps étrangers	29,10	30,30	15 %
08011	Trous optiques	15,80	8,50	15 %
08038	Région des glandes salivaires	14,70	7,50	15 %
	Tissus mous du cou			
08037	minimum de 2 incidences	12,80	7,50	15 %
08036	Étude panoramique des maxillaires	16,10	7,50	15 %
	Dents			
08034	1-2 région(s) dentaire(s)	5,90	1,70	15 %
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 13.2 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.			
	Céphalométrie			
08077	avec mesure des angles	18,80	30,40	15 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
COLONNE ET BASSIN				
	Colonne cervicale			
+08127	3 incidences ou moins	23,70	7,90	15 %
+08128	4 incidences ou plus	30,40	10,50	15 %
+08042	Colonne dorsale (1*)	22,60	8,30	15 %
+08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée (1*)	26,50	8,30	15 %
+08057	Colonne dorso-lombaire (1 incidence) associée à une ostéodensitométrie	33,30	9,20	15 %

AVIS : Ce code d'acte exige comme pré-requis un des codes d'acte suivants: 08243, 08245, 08246 ou 08247. Si les pré-requis sont facturés le même jour et si le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 est utilisé, les deux services doivent être facturés sur le même formulaire afin d'en accélérer le traitement.

	Colonne entière (série scoliotique)			
+08053	minimum de 4 incidences	50,80	20,10	15 %
+08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	21,70	6,70	15 %
+08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	28,20	10,70	15 %
+08058	Articulations sacro-iliaques	19,80	10,30	15 %
	Bassin			
+08054	1 incidence (1*)	13,50	6,80	15 %
+08056	2 incidences (ex.: bassin A.P. + 1 latérale hanche)	25,10	9,60	15 %
+08055	3 incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + 2 hanches)	29,00	10,50	15 %
	NOTE : Les articulations sacro-iliaques ou les hanches, ou les deux ne peuvent être chargées séparément en même temps que le bassin.			

MEMBRES SUPÉRIEURS

+08060	Clavicule	16,00	6,70	15 %
+08075	Articulations acromio-claviculaires	19,80	10,30	15 %
+08118	Articulations sterno-claviculaires	16,30	8,30	15 %
+08074	Omoplate	17,70	8,30	15 %
+08062	Épaule	17,60	8,30	15 %
+08063	Humérus	13,50	6,70	15 %
+08064	Coude	13,50	6,70	15 %
+08065	Avant-bras	13,50	6,70	15 %
+08066	Poignet	13,50	6,70	15 %
+08067	Main	13,50	6,70	15 %
+08068	Poignet et main	19,80	12,90	15 %
+08069	Doigt ou pouce	10,40	5,10	15 %

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 14.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
MEMBRES INFÉRIEURS				
+08080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus	22,10	7,90	15 %
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 14.				
+08083	Fémur	13,50	6,70	15 %
+08084	Genou, incluant la rotule	13,50	6,70	15 %
+08082	Étude dynamique de la laxité ligamentaire du genou à l'aide d'un appareil dédié (Type Télors ou autres)	40,00	15,80	15 %
+08085	Jambe.	13,50	6,70	15 %
+08086	Cheville.	13,50	6,70	15 %
	Pied			
+08087	Tarse, calcaneum ou talon	13,50	6,70	15 %
+08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	20,80	11,60	15 %
+08090	Orteil	10,40	5,10	15 %
+08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	20,50	10,30	15 %

ÉTUDES DU SQUELETTE

	Étude du squelette pour âge osseux			
+08092	1 région (main)	13,50	9,90	15 %
+08093	2 régions (main et autres)	24,30	11,20	15 %
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métas- tatique) par incidence ou région			
+08280	8 incidences ou moins	54,10	25,40	15 %
+08281	9 ou 10 incidences	64,20	30,70	15 %
+08282	11 incidences ou plus	74,40	34,50	15 %

THORAX

+08100	Poumons	19,80	9,80	15 %
+08108	Poumons-médiastin ou poumons-cœur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multiples (3 incidences et plus)	45,50	12,90	60 %
	Larynx, études spéciales			
+08113	phonation.	26,40	24,60	15 %
	Hémithorax (côtes)			
+08115	2 incidences ou plus	16,30	7,20	15 %
+08117	Sternum	17,20	7,20	15 %

Lecteur B/ CSST :

pour l'examen radiologique du poumon par un méde-

cin radiologiste

09943	en établissement	12,50		

AVIS : Cet acte doit être facturé sur le formulaire
Demande de paiement à l'assurance hospita-
lisation - rémunération à l'acte n° 1606.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
09943	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet		13,50	

AVIS : *Cet acte doit être facturé **seul**, sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 **dans la case** ACTES;*

- *inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;*
- *inscrire la lettre «A» dans la case C.S. mais **ne rien inscrire** dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

ABDOMEN

	Abdomen			
+08150	simple	13,50	5,90	15 %
+08152	2 incidences ou plus	21,30	8,60	15 %

VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant la fluoroscopie)

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Voies gastro-intestinales et biliaires* (incluant la *fluoroscopie*) sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

+08132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	34,00	27,50	60 %
+08133	Étude du pharynx et de l'oesophage	34,00	27,50	60 %
+08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'actes 8133, 8154, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	32,10	16,10	60 %
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)			
+08154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	62,90	27,10	60 %
+08158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	67,80	32,90	60 %
+08159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle.	80,80	35,50	60 %
+08162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	90,80	41,50	60 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
+08156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'actes 8154, 8157, 8158, 8159 ou 8162 ne sont pas utilisés)	41,40	18,70	60 %
+08164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle. Colon, lavement baryté	75,40	70,70	60 %
+08149	simple contraste	65,50	21,00	60 %
+08179	pour réduction d'intussusception (PG-7)	59,10	92,20	60 %
+08160	double contraste (l'examen en mode analogique [non numérique] comprend 5 grands films - l'examen en mode numérique comprend 2 grands films standard [décubitus latéraux droit et gauche] et un minimum de 10 expositions).	85,80	44,50	60 %
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique.				
+08035	coloscopie virtuelle, avec ou sans injection de substance de contraste, avec ou sans injection de médicament ou modificateur pharmacologique NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les services médicaux suivants s'ils sont effectués le même jour : 8149, 8160, 8255, 8256, 08262, 8263, 8264, 8265, 8266, 8267, 8268 et 8269.		210,00	
+08161	Cholécystographie orale Cholangiographie		3,70	
+08171	par tube en T, incluant l'injection.	27,40	16,00	60 %
+08163	per-opératoire		8,30	
+08165	par infusion intraveineuse incluant l'injection	39,20	19,20	60 %
+08180	Pancréatographie per-opératoire		14,20	
+08182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	28,40	13,50	60 %

L	C	N
R = 7	R = 1	R = 9

VOIES GÉNITO-URINAIRES INCLUANT L'INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA FLUOROSCOPIE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Voies génito-urinaires* incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la *fluoroscopie* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

AVIS : *Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.*

Pyélographie			
+08181	I.V. incluant la radiographie simple de l'abdomen, les films post-mictionnels et la tomographie, le cas échéant.	65,60	31,20 60 %
<u>AVIS :</u> <i>Utiliser le formulaire n° 1200 peu importe le lieu de dispensation.</i>			
+08186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant la radiographie simple de l'abdomen (PG-7)	40,70	8,40 60 %
+08187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	32,10	25,50 60 %
+08190	Cysto-urétrographie de stress ou mictionnelle (cathéter), incluant la scopie et l'insertion de chaînette, le cas échéant (PG-7)	52,20	32,00 60 %
+08189	Vasographie - Déférentographie	20,10	6,20 60 %
+08191	Kystographie rénale incluant la ponction.	12,20	77,40 60 %
+08198	Herniographie, pneumographie abdominale ou pelviographie	41,50	28,70 60 %

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

+08192	Étude du fœtus (âge foetal, mort foetale)	13,40	6,10 15 %
+08193	Pelvimétrie.	20,70	10,10 15 %
+08197	Hystérosalpingographie incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie	42,10	48,30 60 %

	L	C	N
	R = 7	R = 1	R = 9

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Fluoroscopie diagnostique* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)

+08102	Thorax	31,00	11,70	60 %
+08151	Abdomen	31,00	11,70	60 %
	Contrôle fluoroscopique effectué par un radiologiste pour des procédures cliniques effectuées par un autre médecin - par quart d'heure			
+08270	premier quart d'heure	12,10	21,20	60 %
+08271	deux quarts d'heure	24,10	42,40	60 %
+08272	trois quarts d'heure	36,30	63,60	60 %
+08273	une heure ou plus	48,30	84,80	60 %

+ EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT UNE OU PLUSIEURS INJECTIONS DE SUBSTANCE DE CONTRASTE ET, LE CAS ÉCHÉANT, LA SCOPIE ET LA PONCTION

+ NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.(1*)

+08114	Arthrographie, bursographie ou ténographie graphie seulement	32,50	30,00	15 %
+08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	55,20	60,10	60 %
+08112	fluoroscopie et positionnement par le médecin d'une prothèse articulaire	50,00	76,80	60 %
	Bronchographie			
+08109	unilatérale	30,80	53,30	60 %
+08111	bilatérale	42,50	75,00	60 %
+08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	37,20	23,00	60 %
+08007	Cisternographie opaque	70,60	32,30	60 %
+08027	Dacryocystographie	26,90	10,80	60 %
+08098	Discographie, un niveau ou plus	30,90	22,10	60 %
+08004	Encéphalographie	67,20	32,30	60 %

AVIS : (1*) Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 10 ans, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
08214	Fistulographie	24,60	27,80	60 %
08201	Galactographie	37,30	55,80	60 %
08202	Kystographie mammaire	48,80	58,30	60 %
08119	Laryngogramme avec contraste opaque	65,80	63,60	60 %
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire			
08096	contraste huileux (PG-7)	78,70	30,20	60 %
08097	contraste non ionique (PG-7)	168,80	33,50	60 %
08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire			
	et la pneumo-encéphalographie		57,40	
08061	Phlébographie périphérique par ponction directe			
	ou dissection veineuse	64,50	107,70	60 %

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin
(1200) peu importe le lieu de dispensation.

08025	Sialographie	50,50	45,80	60 %

DIVERS

AVIS : Voir la Règle d'application n° 14. Consigner les indications médicales dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Pour les codes d'acte **08243, 08245, 08246 et 08247**, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200), que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identité de chaque personne assurée est obligatoire.

	Mesure de la densité osseuse: ostéodensitométrie radiologique (DXA)			
08243	Examen initial de base	41,50	24,80	15 %
	Suivi (« follow-up ») :			
08245	un site	37,00	14,70	15 %
08246	deux sites ou plus	41,50	20,10	15 %
08247	Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA	11,80	4,50	15 %
08006	Stérotaxie	67,20	26,80	15 %
08232	Tomographie	57,10	17,60	15 %

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
08240	Consultation exceptionnelle, supplément (établissement)		35,90	
#	<u>AVIS :</u> <i>Cet acte doit être facturé sur le même formulaire que les actes associés au cours de la consultation exceptionnelle. L'identification de la personne assurée et celle du médecin référant (l'initiale du prénom, le nom et le numéro du professionnel) ainsi que les raisons médicales sont essentielles. Dans le cas de l'emploi de la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606), utiliser un formulaire Document complémentaire (1944) pour inscrire les renseignements demandés.</i>			
08242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit :			
	en établissement		11,40	
	en cabinet		22,80	
	Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni En ÉTABLISSEMENT: Tarif de consultation de chaque examen. (MOD=021) En CABINET: Tarif de consultation de chaque examen + 8,80 \$. (MOD=008)			

MAMMOGRAPHIE

AVIS : Aux fins de la facturation, remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

- # **AVIS :** Facturation des services de radiologie dont l'interprétation a été effectuée dans un lieu différent de celui de la technique :
- facturer les services avec le taux et le mode de rémunération prévalant pour vous dans l'établissement où l'interprétation a été effectuée;
 - inscrire la date de l'interprétation comme date de service;
 - **inscrire le code d'établissement où l'interprétation a été effectuée dans la case ÉTABLISSEMENT;**
 - inscrire un « A » dans la case C.S.;
 - préciser le lieu où la technique a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : Le tarif de la mammographie s'applique uniquement si l'appareil utilisé est un mammographe « dédié » ayant fait l'objet d'un processus d'agrément reconnu par les parties négociantes. (1*)

	diagnostique avec ou sans examen clinique			
08048	unilatérale	25,40	9,50	15 %
08049	bilatérale	38,40	18,80	15 %
	clichés supplémentaires			
08072	unilatéral	23,40	8,70	15 %
08073	bilatéral	38,40	17,50	15 %

de dépistage pour la clientèle ciblée par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans) à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an

NOTE : Les services médicaux "Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale" (codes d'acte 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

- # **AVIS :** (1*) Pour connaître la liste des établissements reconnus ayant un mammographe dédié, consulter le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

	L	C	N
	R = 7	R = 1	R = 9

NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (centre de dépistage désigné, CDD).

	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale			
08078	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
08079	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
08081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente n° 107)	7,50		
	clichés supplémentaires			
08103	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
08104	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %

NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).

de dépistage pour les femmes de 35 à 49 ans ou pour les femmes de 70 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an.

NOTE : Les services médicaux "Mammographies de dépistage, unilatérale ou bilatérale" (codes d'acte 08078, 08079, 08134 et 08135) ne peuvent être réclamés que par le médecin radiologiste désigné par les parties négociantes qui a développé une compétence spécifique en mammographie et qui rencontre les critères de désignation agréés entre elles.

NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (centre de dépistage désigné, CDD).

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

		L R = 7	C R = 1	N R = 9
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale			
08134	unilatérale (1*)	25,40	8,70	15 %
08135	bilatérale (1*)	38,40	17,50	15 %
	clichés supplémentaires			
08129	unilatéral (1*)	23,40	8,70	15 %
08130	bilatéral (1*)	38,40	17,50	15 %
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé, ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID).			
08099	radiographie d'une pièce biopsique	23,40	5,70	15 %
08144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologiste en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé CRID pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc. (1*)		59,80	
	NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologiste qui a facturé l'examen de dépistage.			
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie			
08145	unilatérale		8,60	
08146	bilatérale		17,40	

AVIS : (1*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Etablissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.

D La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par un médecin radiologiste ou chirurgien vasculaire et dont l'interprétation est exécutée par un médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : Lorsque le médecin radiologiste exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation.**
- Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de la personne assurée est obligatoire.

Lorsque le chirurgien vasculaire exécute la technique :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique.**
- Remplir la Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de la personne assurée est obligatoire.

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).

ANGIORADIOLOGIE

08433 Évaluation d'un patient en vue d'une procédure angioradiologique avec rapport au dossier 68,60

NOTE : Cette évaluation ne peut pas être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.

NOTE : L'acte codé 08433 ne peut pas être facturé avec les actes codés 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.

(Technique)

Les services médicaux de la section *Angioradiologie (technique)* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans. (MOD=066)

08401 Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste 110,70

08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	101,70
08402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	53,10
08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	66,40
08404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	17,10
NOTE :		
- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.		
- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.		
08405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale	44,20
08406	Lymphographie unilatérale	55,30
08407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	17,70

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)

08408	non sélective	33,20
08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4 sélective avec quantification par moyen objectif : calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	33,20
08411	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	14,90
08412	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	25,90
08413	sélective carotidienne, unilatérale	12,70
08414	sélective vertébrale, unilatérale	39,80
08415	périphérique, membres inférieurs unilatérale	38,70
08416	bilatérale	33,20
08417		66,40
08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	37,30
Angiographie coronarienne		
08419	unilatérale	42,10
08420	bilatérale	84,30
08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	22,50

R = 7 R = 1

08422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	43,70
08423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée.	33,20
08424	Lymphographie, unilatérale	32,30

D TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région anatomique, par patient, par établissement, par jour sauf dans les établissements désignés par les parties négociantes)

D NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Tomographie par ordinateur (un examen par région anatomique, par patient, par établissement, par jour sauf dans les établissements désignés par les parties négociantes)* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066)

AVIS : Voir la Règle d'application n° 11.
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

AVIS : *Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de tomodensitométrie, consulter le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet MÉDECINE DE LABORATOIRE.*

Tête

08258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	41,80
08259	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	33,40

Massif facial ou sinus ou conduits auditifs internes

08290	visualisation complète (incluant le mandibule) avec angulation dédiée avec ou sans injection de substance de contraste	54,70

Cou

08260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	63,10
08261	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	54,70

Thorax (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet »)		
08262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,10
08263	sans injection de substance de contraste (PG-7)	54,70
NOTE : L'examen du thorax (code d'acte 8262 ou code d'acte 8263) inclut l'examen des surrénales.		
Coeur (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet »)		
08291	acquisition avec synchronisation cardiaque, sans contraste	55,00
NOTE : Cet acte inclut l'analyse du score calcique post-traitement ainsi que l'interprétation des fenêtres médiastinales et parenchymateuses couvertes dans l'acquisition.		
08292	étude synchronisée à l'ECG avec contraste intraveineux	150,00
NOTE : Cet acte inclut l'acquisition préalable de type score calcique (calcium scoring), l'analyse des coupes natives axiales avec contraste et le post-traitement des coronaires en MIP épais ou en reformatage courbe ainsi que l'interprétation du médiastin et des fenêtres pulmonaires couvertes dans l'acquisition.		
08293	étude complète de la fonction ventriculaire gauche ou droite de la base à l'apex ventriculaire, supplément .	45,00
NOTE : Ce supplément nécessite la reconstruction sur au moins 10 phases différentes.		
08294	supervision durant l'administration de médication relative à l'examen incluant les Bbloquants par voie orale ou IV, les anticalciques par voie orale ou IV, les dérivés de nitrates par voie orale, sublinguale ou IV, supplément.	25,00
Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal) (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen complet et pelvis »)		
08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7)	63,10
08265	sans injection de substance de contraste (PG-7)	54,70
NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.		

Thorax et abdomen complet

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)

08255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	94,70
08256	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	82,10

Pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)

08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) .	63,10
08267	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	54,70

Abdomen complet et pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis »)

08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) .	90,00
08269	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	81,50

NOTE : La tarification de la région abdomen complet et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

Rachis

08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) .	56,90
08275	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	48,50

Extrémités

08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) .	41,10
08277	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	32,70

Corps entier

08278	examen pancorporel d'un sujet décédé. Cet examen est effectué à la demande d'un médecin anatomopathologiste ou du coronar, avant la réalisation d'une autopsie classique. L'examen inclut l'acquisition tomographique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images.	200,00

Angio-TDM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

#	<u>AVIS</u> :	<i>Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.</i>	
+	NOTE :	En angio-TDM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.	
+	08441	Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1)	67,50
		Examen vasculaire :	
	08434	région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
		NOTE : L'acte codé 08434 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08258, 08259 ou 08290 le même jour, pour le même patient, dans le même établissement. Toutefois, de façon exceptionnelle, les actes codés 08258 ou 08259 pourraient être facturés chez le même patient, le même jour, dans le même établissement, si effectués à une séance différente, dans l'un des établissements désignés suivants :	
		- Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHAUQ)	
		- Hôpital Notre-Dame (CHUM)	
		- Hôpital Fleurimont (CHUS)	
		- Hôpital général de Montréal et	
		- Hôpital neurologique de Montréal (CUSM)	
	08435	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique)	105,00
		NOTE : L'acte codé 08435 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08260 ou 08261.	
	08436	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)	105,00
D		NOTE : L'acte codé 08436 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263 ou 08437 à la même séance.	
	08437	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux	105,00
D		NOTE : L'acte codé 08437 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08264, 08265, 08266, 08267, 08268, 08269 ou 08436 à la même séance.	

		R = 7	R = 1
08438	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque)		160,00
D	NOTE : L'acte codé 08438 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263, 08264, 08265, 08268, 08269, 08436, 08437 ou 08441 à la même séance.		
	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire :		
08439	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme)		105,00
D	NOTE : L'acte codé 08439 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08255, 08256, 08262, 08263, 08436 ou 08438 à la même séance.		
08440	Examen des membres supérieurs ou inférieurs		135,00
D	NOTE : L'acte codé 08440 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08276 ou 08277 à la même séance.		

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section *Protocole I concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans (MOD=066).

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir la Demande de paiement - Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.*

AVIS : *Pour connaître la liste des centres hospitaliers désignés qui dispensent des services de résonance magnétique, consulter le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet MÉDECINE DE LABORATOIRE.*

08570	Tête (PG-7)	105,40
08571	Cou (PG-7)	112,00
08590	Sein uni ou bilatéral.	150,00
08572	Thorax (PG-7)	140,80

NOTE : Un examen d'imagerie par résonance magnétique du thorax ne peut pas être facturé avec un examen d'imagerie par résonance magnétique cardiaque chez le même patient, le même jour.

08591	Consultation en IRM thoracique ou cardiaque à la demande d'un médecin spécialiste non radiologiste pour complément d'interprétation « I »	35,00

NOTE : L'acte codé 08591 identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical.

R = 7 R = 1

08573	Abdomen (PG-7)	140,80
08574	Pelvis (PG-7)	140,80
08575	Extrémités (maximum 2 par patient, par jour) (PG-7) ..	112,00
	Colonne	
08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré) (PG-7) (1*)	104,50
08577	deux segments (PG-7) (1*)	131,30
08578	trois segments (PG-7)	176,60

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire, sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen. (MOD=071)

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

Angio-IRM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : Voir la règle 21 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.

+ NOTE : En angio-IRM, une seule région supplémentaire peut être facturée à la même séance.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12.
Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

+ 08449 Examen d'une deuxième région à la même séance (maximum 1) 67,50

08442 Examen vasculaire
région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité) 105,00

NOTE : L'acte codé 08442 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08570.

AVIS : (1*) Pour la facturation des actes 08576 ou 08577, inscrire le ou les segments dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

		R = 7	R = 1
08443	région cervico-encéphalique (de la base crânienne incluant le polygone de Willis jusqu'à la crosse aortique) NOTE : L'acte codé 08443 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08571.		105,00
08444	thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) . NOTE : L'acte codé 08444 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08445 ou 08572.		105,00
08445	abdomen (du diaphragme jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) ou pelvis ou les deux. NOTE : L'acte codé 08445 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08573 ou 08574.		105,00
08446	thorax et abdomen (de la crosse aortique jusqu'à la bifurcation aorto-iliaque) NOTE : L'acte codé 08446 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08445, 08447 08449, 08572, 08573 ou 08574.		160,00
08447	Examen pulmonaire - recherche d'embolie pulmonaire : thorax (de la crosse aortique jusqu'au diaphragme) . NOTE : L'acte codé 08447 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08444, 08446 ou 08572.		105,00
08448	Examen des membres supérieurs ou inférieurs NOTE : L'acte codé 08448 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 08575.		135,00

S

CARDIAQUE

Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section ainsi que le service médical 08449 peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CHUQ - CHUL
- CHUS - Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu
- Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie le formulaire Avis d'assignation - Octroi de privilèges de pratique, Service de laboratoire en établissement (3051) pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte.*

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type « Examen avec stress physique ou pharmacologique ». Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir la Demande de paiement – Médecin (1200). L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

T 08580	Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7).	183,75
	L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.	
	NOTE : L'acte codé 08580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.	
	NOTE : L'acte codé 08580 ne peut être facturé avec l'acte codé 08444	
T 08581	Examen limité (PG-7)	78,75
D	NOTE : L'acte codé 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (acte codé 08580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou « évaluation anneau aortique »).	
T 08582	Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7)	78,75
	NOTE : L'acte codé 08582 ne peut pas être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.	

		R = 7	R = 1
T 08583	Études de contractilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 08583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.		52,50
T 08584	Études de perfusion/viabilité (PG-7) NOTE : L'acte codé 08584 doit inclure une étude de type perfusion en 1 ^{er} passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.		52,50
T 08585	Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7).....		28,90
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'études dans la case UNITÉS.		
T 08586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7)..... Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique		57,75
08587	Stress physique avec ergocycle..... NOTE : L'acte codé 08587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).		150,00
T 08588	Stress médicamenteux Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres).		101,60
T 08589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres).....		169,30
	NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section Résonance magnétique - Cardiaque lors d'une même séance.		

9. MANUELS ET FORMULAIRES

9.1 MANUELS

9.1.1 MANUELS SUR INTERNET

Les manuels et les brochures destinés aux médecins spécialistes sont mis à jour régulièrement et disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca.

Les mises à jour peuvent y être consultées ou imprimées individuellement.

9.1.2 MANUELS PAPIER ET COMMANDE

À la demande du médecin spécialiste, la Régie lui remet gratuitement un manuel papier et les brochures nécessaires à sa pratique. Par la suite, les mises à jour lui seront transmises par la poste une fois l'an.

Il s'agit de remplir et d'envoyer le formulaire dynamique *Demande de manuel ou de brochure papier* (2907) se trouvant à la section *Formulaires* du site Web de la Régie.

Le médecin spécialiste peut aussi obtenir des exemplaires supplémentaires moyennant des frais.

9.1.3 LISTE DES MANUELS DESTINÉS AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

	Número
Manuel des médecins spécialistes	150
Brochure n ^o 1 - Médecins spécialistes - Accord cadre, entente de principe, protocoles d'accord et décrets	154
Brochure n ^o 2 - Médecins spécialistes - Salarial, Honoraires forfaitaires et Vacation	155
Brochure n ^o 3 - Médecins spécialistes - Mesures incitatives	156
Brochure n ^o 5 - Médecins spécialistes - Rémunération mixte	158
Services de laboratoire en établissement (SLE)	170

Note : Le médecin spécialiste peut consulter les manuels des autres professionnels de la santé ou dispensateurs de services sur le site Web de la Régie.

9.2 FORMULAIRES

9.2.1 FORMULAIRES SUR INTERNET

La liste des formulaires est disponible sur le site Web de la Régie et la majorité de ceux-ci peuvent être consultés ou imprimés.

9.2.2 FORMULAIRES PAPIER

À sa demande, le médecin spécialiste utilisant les demandes de paiement à l'acte papier (1200 et 1063), peut recevoir gratuitement un nombre de formulaires équivalent à celui des demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence précédente (1^{er} avril au 31 mars). Toute quantité commandée au-delà de cette limite sera payable. Pour plus de renseignements, consultez la rubrique *Frais administratifs* de l'onglet *Administration de la pratique*.

9.2.3 COMMANDE

- # Pour toute commande de formulaires papier, utilisez le formulaire dynamique *Commande de formulaires* (1491) disponible sur le site Web de la Régie à la section *Formulaires*. Vous pouvez ainsi commander vos formulaires de façon conviviale avec plus d'exactitude et de rapidité à la saisie et lors du traitement.
- # Une commande peut aussi être effectuée par télécopieur ou par la poste, vous trouverez les coordonnées sur le formulaire ou à la page 2 de l'introduction de ce manuel.