15 mai 2025

MÉDECINS OMNIPRATICIENS

MANUEL

Rémunération à l'acte

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS TARIFAIRES 1

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL 1

1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION 1

2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION 7

ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL 66

SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22 a) ii DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE 70

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 74

SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION 75

MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE 76

DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA 77

DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC 79

SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET TERRITOIRES 81

TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES 83

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE 1

Visites sur rendez-vous (patient de moins de 80 ans) 2

Visites sur rendez-vous (patient de 80 ans ou plus) 6

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit) 7

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit) 8

Visites à domicile 9

Visites sur rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge) 10

Visites sur rendez-vous ou sans rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge) 11

Communications 11

Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence à domicile, en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement 12

Psychothérapie (individuelle) 12

Psychothérapie (collective) 13

CONSULTATION (patients de moins de 70 ans) 14

EXAMEN (patients de moins de 70 ans) 15

Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus (paragraphe 2.4.5 du préambule général) 18

Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C) 21
Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (patients de 70 ans et plus) 23
Examen du personnel d'un établissement.....23
Examen d'évaluation médicale (réf. : P.G. 2.2.6).....24
Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel (réf. :P.G. 2.2.7) 24
Forfait de déplacement (assaut sexuel) (réf. : préambule général, règle 2.2.7 A).....25
Services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse.....25
Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner.....26
Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de courte durée (P.G. 2.2.6 D) 26
Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de longue durée (P.G. 2.2.6 E)) 28
Dans un centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour la partie des soins en toxicomanie ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) qui n'opère pas une unité de soins de courte durée ni un service d'urgence (P.G. 2.2.6 F) 29
Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée et pour un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) pour sa partie de soins de courte durée ou de longue durée (P.G. 2.2.6 G) 30
Intervention clinique (individuelle ou collective) 31
Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir 34
Démarches du médecin accompagnateur pour administrer l'aide médicale à mourir 35
Psychothérapie (individuelle ou collective) 36
Formulaires et démarches afférentes relatifs à une demande d'aide médicale à mourir 37
Formulaire relatif à la sédation palliative continue.....37
Constatation de décès.....38
Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus 38
Nouveau-né en santé (réf. : préambule général, règle 2.4.3).....38
Frais de kilométrage (réf. : préambule général, règle 2.4.2) 39
Surveillance 39
Transfert ambulancier 39
Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3) (réf. : annexe XIV et article 17.03 de l'Entente) 41
Conseil génétique ou génique 41
Éthique clinique 42
RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS.....44

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (ANNEXE XIII DE L'ENTENTE) 45
PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA MAIN-D'OEUVRE ET DE LA SÉCURITÉ DU REVENU 58
PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE représenté par le sous-ministre 59
PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 60
B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES 1
PRÉAMBULE PARTICULIER 1
B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES 1
C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES 1
PRÉAMBULE PARTICULIER 1
ALLERGIE 2
AUDIOMÉTRIE ET EXAMENS VESTIBULAIRES 3
BIOPSIE avec ou sans guidage échographique (unique ou multiple) 4
BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES 6
CARDIOLOGIE ET ANGIOLOGIE 8
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques 14
Électrocardiogramme 18
DERMATOLOGIE 21
ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE 21
ÉLECTROMYOGRAPHIE 22
GASTROENTÉROLOGIE 24
GYNÉCOLOGIE 28
HYPERALIMENTATION, INJECTION, INSUFFLATION, PONCTION 28
LABORATOIRE 33
ÉPREUVES, ÉTUDES ET TESTS (prélèvement, surveillance et interprétation) 35
NÉPHROLOGIE 37
NEUROCHIRURGIE 38
OPHTALMOLOGIE 39
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 41
PNEUMOLOGIE 42
RADIOLOGIE 43
INTERVENTIONS PER-CUTANÉES NON VASCULAIRES 45
INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE 47
RADIO-ONCOLOGIE 48

CURIETHÉRAPIE 49
SOINS INTENSIFS (réf.: Préambule général, règle 2.11) 50
UROLOGIE 50
DIVERS 52
TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES 56
ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE 57
D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION 1
PRÉAMBULE PARTICULIER 1
ANESTHÉSIE - RÉANIMATION 4
ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE 4
ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL 5
ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE 6
ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE 6
INHALOTHÉRAPIE 7
SOINS DE VENTILATION 7
COEUR-POUMON ARTIFICIEL 8
TRANSPLANTATIONS 8
DIVERS 9
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE 10
E - CHIRURGIE 1
PRÉAMBULE PARTICULIER 1
F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ 1
Abcès : 1
Hématome 2
Tumeur bénigne 2
Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises) 3
Tumeurs cancéreuses de la peau (biopsies comprises) 6
Cryochirurgie 7
Lipectomie fonctionnelle 8
Onycectomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) 9
Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien) 9
Verrue 9
Réparation de plaies (débridement compris) 12
Brûlures 15
Micro-greffe capillaire 16
Greffes cutanées ou greffes cultivées 16
Greffes par glissement, rotation ou transposition 17

Greffe pédiculée (à distance) 18
Greffe libre 18
Dermabrasion : Sablage 21
Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales 21
Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou 22
Seins 23
Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement 27
Fistule cutanée 27
Chirurgie plastique 27
G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE 1
PRÉAMBULE PARTICULIER 1
CRÂNE ET FACE 5
SQUELETTE AXIAL 7
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS 14
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS 26
BOURSE SÉREUSE 41
MUSCLES 41
TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS 42
DIVERS 43
H - SYSTÈME RESPIRATOIRE 1
NEZ 1
NASO-PHARYNX 3
SINUS 3
LARYNX 4
TRACHÉE 5
BRONCHES 6
MÉDIASTIN 6
POUMONS ET PLÈVRE 7
J - SYSTÈME CARDIAQUE 1
ACTES GÉNÉRAUX 1
COEUR ET PÉRICARDE 2
CHIRURGIE CORONARIENNE 6
STIMULATEUR CARDIAQUE 6
CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE 7
APPAREIL VASCULAIRE THORACIQUE 7
NON THORACIQUE 8
VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX 12

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE 1
L - SYSTÈME DIGESTIF 1
LÈVRES 1
BOUCHE 1
DENTS ET GENCIVES 2
LANGUE 3
PALAIS ET LUETTE 3
AMYGDALES ET ADÉNOÏDES 4
PHARYNX 4
GLANDES SALIVAIRES 5
PAROTIDE 5
OESOPHAGE 6
ESTOMAC 7
INTESTIN (à l'exception du rectum) 8
APPENDICE 10
RECTUM 10
ANUS 12
FOIE 13
VOIES BILIAIRES 14
PANCRÉAS 15
ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON 16
ANNEXE 19
M - APPAREIL URINAIRE 1
REIN 1
URETÈRE 3
VESSIE 4
URÈTRE 6
N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE 1
PÉNIS 1
TESTICULES 3
ÉPIDIDYME 4
TUNIQUE VAGINALE 4
SCROTUM 4
CANAL DÉFÉRENT 5
CORDON 5
VÉSICULE SÉMINALE 5
PROSTATE 5

P - GYNÉCOLOGIE 1
VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN 1
VAGIN 2
TROMPES 3
OVAIRES 3
UTÉRUS ET COL UTÉRIN 4
DIVERS 7
Q - OBSTÉTRIQUE 1
PRÉAMBULE PARTICULIER 1
R - APPAREIL GLANDULAIRE 1
THYROÏDE 1
PARATHYROÏDE 1
SURRÉNALES 1
S - SYSTÈME NERVEUX 1
CRÂNE & ENCÉPHALE 1
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS 7
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL 8
NERFS PÉRIPHÉRIQUES 11
Divers 12
T - APPAREIL VISUEL 1
GLOBE OCULAIRE 1
CORNÉE 1
SCLÉROTIQUE 2
IRIS ET CORPS CILIAIRE 2
CRISTALLIN 2
CORPS VITRÉ 3
RÉTINE 3
MUSCLES OCULAIRES 4
ORBITE 5
PAUPIÈRES ET SOURCILS 5
CILS 7
CONJONCTIVE 7
APPAREIL LACRYMAL 8
CORPS ÉTRANGER 8
TRAUMATISME OCULAIRE 9
U - APPAREIL AUDITIF 1
OREILLE EXTERNE 1

OREILLE MOYENNE 2
OREILLE INTERNE 4
V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE 1
PRÉAMBULE PARTICULIER 1
TABLEAU DES HONORAIRES 5
PROTOCOLE I 13

DISPOSITIONS TARIFAIRES

ENTENTE DU 1er SEPTEMBRE 1976 (voir Brochure n° 1)
1. Ce cahier est un document administratif pour fins de facturation des actes médicaux.
Il contient, outre le texte des préambules et de la nomenclature des actes, des renseignements supplémentaires d'ordre administratif.

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

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

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

1. RÈGLES GÉNÉRALES DE RÉMUNÉRATION

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

L'ensemble des services tarifés de l'annexe V de l'entente générale est réservé au médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte sauf exception expressément prévue au tarif des services

1.1 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL

1.1.1 Actes inclus

Est comprise dans les honoraires de l'examen, de la consultation ou des services qui les remplacent ainsi que de tout autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés à l'annexe I du préambule général.

1.1.2 Considération spéciale

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

a) est posé dans des circonstances hors de l'ordinaire, ou

b) apparaît au tarif à titre d'acte demandant une considération spéciale.

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

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

1.1.3 Enseignement clinique

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

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

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

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

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

AVIS **:** *Pour l'intervention clinique avec le concours d'un résident, inscrire :*

- le numéro attribué par la RAMQ (5-XXXXX) du résident qui a vu le patient pour lequel la rémunération est demandée à la section Professionnel en référence *de la facture de services médicaux;*

- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention clinique.

1.1.4 Frais accessoires

Un médecin ne peut réclamer d'une personne assurée quelque paiement aux fins de la dispensation d'un service assuré, sauf disposition contraire à la réglementation applicable.
Lorsque la réglementation autorise un médecin de demander paiement d'une personne assurée pour le complètement d'un formulaire, cette autorisation ne vise pas les formulaires dont la liste détaillée est produite à l'annexe XI de l'Entente.

1.1.5 Honoraire global

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

Toutefois, pour l'honoraire global relatif aux soins post-partum, une règle particulière prévoit une dérogation à cette règle générale.

AVIS **:** *Pour la règle particulière relative aux soins post-partum, voir le paragraphe 4 du préambule particulier de l'onglet* Q – Obstétrique.

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

1.1.6 Lieu de pratique

a. Cabinet privé

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

b. Domicile

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

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

AVIS **:** *Utiliser le code de localité du domicile du patient.*

c. Établissement

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

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

1.2 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL EXIGÉ PAR UN RÈGLEMENT

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

1.3 RÉMUNÉRATION POUR UN SERVICE MÉDICAL NON TARIFÉ

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

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

Voir la section Actes non tarifés *du* Guide de facturation – Rémunération à l'acte.

Les services médico-administratifs de l'annexe XIII (CNESST) ne sont pas visés par la présente règle.

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

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

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

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

1.4 RÉMUNÉRATION POUR LA GARDE SUR PLACE À L'URGENCE

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

a) soit selon la rémunération à l'acte;

b) soit selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement des montants suivants : le pourcentage pertinent, tel que ci-après indiqué, de la rémunération payable selon le tarif pour les services médicaux qu'il dispense à chacune des périodes de garde mentionnées ci-après, avec l'ajout d'un forfait compensatoire. Pour une période de garde de 0 h à 8 h, les jours de semaine, le forfait compensatoire est de 708 $ au 1er septembre 2018 et de 715,20 $ au 1er octobre 2019. Pour la période de garde de 0 h à 8 h, les jours de fin de semaine ou les jours fériés, le forfait compensatoire est de 862,80 $ au 1er septembre 2018 et de 871,60 $ au 1er octobre 2019. Pour une période de garde de 20 h à 24 h, le forfait compensatoire est de 173,10 $ au 1er septembre 2018 et de 174,85 $ au 1er octobre 2019.

Lorsqu'un établissement établi un horaire partageant la couverture de la période de 0 h à 8 h entre deux médecins qui ensemble assurent successivement la couverture complète de la période, le forfait compensation peut être convertit en un forfait compensatoire divisible en heures. Pour se prévaloir de cette possibilité, l'établissement doit adresser une demande au comité paritaire et être désigné à cette fin.

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

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées pour un médecin additionnel à l'urgence*.

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

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Forfait de garde sur place réclamé en raison d'un transfert ambulancier**.

Lorsque le médecin se prévaut de la formule de rémunération établie à l'alinéa b) ci-dessus, le modificateur pertinent, tel que ci-après déterminé, s'applique à la rémunération de tous les services médicaux alors dispensés dans le centre hospitalier par ce médecin, à l'exception toutefois de l'honoraire prévu pour l'accouchement et de la rémunération des services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (annexe XIII de l'Entente) lesquels sont rémunérés à 100 % de leur valeur.

Aux fins de l'application de l'alinéa b) ci-dessus et du sous-paragraphe précédent, les vocables « pourcentage pertinent » et « modificateur pertinent » signifient, pour une période de garde de 0 h à 8 h, 101 % (MOD=097) et, pour une période de garde de 20 h à 24 h, 53,2 % (MOD=096).

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

AVIS **:** *Si **l'option b) est choisie**, pour demander le forfait pour les établissements non adhérents à l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements, inscrire l'heure de début de tous les services effectués la même journée qu'un des forfaits de garde est facturé et le code de facturation approprié.*

*Si **un seul médecin** est autorisé pour la garde, utiliser le code :*

- ***09998** en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi;*
- ***19055** la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h;*
- ***09996** en tout temps, de 20 h à 24 h.*

*Si **plus d'un médecin** est autorisé pour la garde de 0 h à 8 h, utiliser le code :*

- ***09994** en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi;*
- ***19056** la fin de semaine et les jours fériés, de 0 h à 8 h.*

*Si **deux médecins se partagent la garde de 0 h à 8 h**, utiliser le code de facturation :*

- ***42265** en semaine, de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi;*
- ***42266** la fin de semaine et les jours fériées, de 0 h à 8 h.*

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période de garde

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les établissements adhérents, voir l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements.

Pour les services rendus durant la période de garde, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait du PG 1.4 est réclamé**.

Inscrire l'heure de début du service.

Utiliser une ligne de facture distincte pour chaque forfait facturé.

Tableau synthèse
pour les établissements non adhérents
à l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements
(pour les établissements adhérents, voir l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements)

Période	*Calendrier*	*Md*	*Code*	*% actes*	*Forfait*
0 h à 8 h	*en semaine*	*1er*	***09998***	*101 %*	*non divisible*
	fin de semaine et jour férié	*1er*	***19055***		
0 h à 8 h	*en semaine*	*2e*	***09994***	*101 %*	*divisible en heures*
	fin de semaine et jour férié	*2e*	***19056***		
0 h à 8 h	*en semaine*	*1er*	***42265***	*101 %*	*divisible en heures*
	fin de semaine et jour férié	*1er*	***42266***	*101 %*	
20 h à 24 h	*tous les jours 7 jours sur 7*	*1er*	***09996***	*53,2 %*	*non divisible*

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

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

a) soit selon la rémunération à l'acte;

b) soit selon un tarif global pour l'ensemble des soins dispensés à ce patient. Le montant de ce tarif global est de 138,85 $ au 1er septembre 2018 et de 140,25 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation **09099*** (P.G. 2.2.9 A) *et l'heure de début du service.*

c) soit, lorsque les soins sont dispensés à un patient admis dans une unité de soins intensifs ou coronariens, selon un tarif global de 206,55 $ au 1er septembre 2018 et de 208,60 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation* ***15232*** (P.G. 2.2.9 A) *et l'heure de début du service*.

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

1.6 RÉMUNÉRATION DU RÔLE 1 ET DU RÔLE 2

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

1.7 ANNÉE D'APPLICATION

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

2. RÈGLES PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.1 CONSULTATIONS

La nomenclature relative aux consultations est applicable en clinique externe de CHSGS et en service d'urgence de CHSGS et de CLSC du réseau de garde intégré. De plus, une partie de cette nomenclature, soit la consultation psychiatrique ordinaire (paragraphe 2.1.4 ci-dessous) et la consultation psychiatrique majeure (paragraphe 2.1.5 ci-dessous) est applicable en soins de courte durée et de longue durée d'un CHSGS, en CHSLD, en CHSP pour les soins physiques et en centre de réadaptation incluant le centre-jeunesse.

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

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

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

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

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

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

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

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (93XXXXX) de la sage-femme qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

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

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

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (3XXXXX ou 8XXXXX) de l'optométriste qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

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

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

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (2XXXXX ou 7XXXXX sauf 74XXXX) du chirurgien dentiste qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

2.1.1 Consultation mineure :

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

2.1.2 Consultation ordinaire :

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

2.1.3 Consultation majeure :

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

2.1.4 Consultation psychiatrique ordinaire :

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

2.1.5 Consultation psychiatrique majeure :

La consultation psychiatrique majeure est l'examen psychiatrique complet majeur effectué conformément aux exigences générales de la consultation. À l'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, le libellé de l'examen psychiatrique complet majeur applicable est celui qui s'applique au patient inscrit en clinique externe d'un centre hospitalier ou d'un CLSC.

2.2 EXAMENS

La nomenclature relative aux examens est applicable en clinique externe de CHSGS et en service d'urgence de CHSGS et de CLSC du réseau de garde intégré. De plus, une partie de cette nomenclature, soit l'examen psychiatrique complet (paragraphe 2.2.4 ci-dessous) et l'examen psychiatrique complet majeur (paragraphe 2.2.5 ci-dessous) est applicable en soins de courte durée et de longue durée d'un CHSGS, en CHSLD, en CHSP pour les soins physiques et en centre de réadaptation incluant le centre-jeunesse

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

2.2.1 Examen ordinaire :

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

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

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

2.2.2 Examen complet :

L'examen complet comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :

a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;

b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :

- nez, gorge, oreilles;
- yeux;
- système digestif;
- système cardio-vasculaire;
- système respiratoire;
- système génito-urinaire;
- système nerveux;
- appareil locomoteur;
- système endocrinien.

2. L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :

- peau et phanères;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux;
- colonne et extrémités.

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

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

3. Les recommandations au patient.

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

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

2.2.3 Examen complet majeur :

L'examen complet majeur comporte les éléments suivants :

1. Le questionnaire portant sur :

a) les antécédents familiaux du patient;
b) les antécédents personnels du patient;

c) la raison médicale du recours au médecin.

d) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :

- nez, gorge, oreilles;
- yeux;
- système digestif;
- système cardio-vasculaire;
- système respiratoire;
- système génito-urinaire;
- système nerveux;
- appareil locomoteur;
- système endocrinien.

2. L'examen clinique des régions suivantes :
- peau et phanères;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux, sauf contre-indication;
- colonne et extrémités.

3. Les recommandations au patient.

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

À l'égard d'un patient, un médecin ne peut facturer cet examen plus d'une fois par année civile ni le réclamer s'il a déjà été rémunéré, au cours de l'année civile, pour la visite périodique d'un patient vulnérable. Cette limitation ne s'applique pas à la facturation de l'examen effectué au bénéfice du malade admis, examen dont la facturation n'entre d'ailleurs pas dans le calcul de la fréquence visée au présent paragraphe.

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

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

2.2.4 Examen psychiatrique complet :

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

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

2.2.5 Examen psychiatrique complet majeur :

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

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

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

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

2.2.6 Examen d'évaluation médicale :

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

1. Le questionnaire portant sur :
    a) les antécédents familiaux du patient;
    b) les antécédents personnels du patient;
    c) la problématique présentée par le patient;
    d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
    e) la revue de la médication et des habitudes de vie;
    f) le fonctionnement des ensembles et systèmes suivants :
        - nez, gorge, oreilles;
        - yeux;
        - système digestif;
        - système cardio-vasculaire;
        - système respiratoire;
        - système génito-urinaire;
        - système nerveux;
        - appareil locomoteur;
        - système endocrinien.

2. Le bilan sommaire des capacités fonctionnelles.

3. L'évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.

4. L'examen clinique des régions suivantes :

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

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

6. La recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du patient.

7. La rédaction, et son envoi à l'organisme concerné, du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :
    - le bilan médical et le pronostic;

- le degré de perte d'autonomie du patient;
- les suggestions d'allocation de services.

2.2.6 A Visites, évaluations et communications applicables en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U en établissement

NOTE : Dans le présent paragraphe, la notion de patient inscrit a le sens de l'inscription selon les dispositions de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

a) <u>Considérations générales</u>

Le médecin qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement doit se prévaloir des actes décrits aux alinéas ci-dessous. Le médecin qui exerce dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir des présentes dispositions.
NOTE : Dans une situation visée par une tarification spécifique qui comprend l'évaluation, le médecin ne peut pas se prévaloir de la rémunération prévue pour une des visites décrites aux présentes.
Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique (réf. par. 2.2.6 B du préambule général), de la psychothérapie (réf. par. 2.3 du préambule général), une évaluation médicale (réf. par 2.2.6 du préambule général), une constatation de décès (réf. par. 2.4.1 du préambule général), un transfert inter-établissement ou à partir du cabinet ou d'un domicile (réf. par 2.4.9 du préambule général) ou d'autres services prévus aux onglets des Actes diagnostiques et thérapeutiques, d'Anesthésie ou des diverses Chirurgies, il réclame ces services. Le médecin peut aussi se prévaloir des modalités prévues pour un service non tarifé (réf. par. 1.3.1 du préambule général) et de l'option prévue lors d'un déplacement d'urgence de nuit (réf. par. 1.5 du préambule général).
Les tarifs prévus pour le patient vulnérable peuvent être facturés par le médecin auprès duquel le patient s'inscrit ou est inscrit (ci-après médecin traitant) ou par un médecin du groupe tel que défini au sous-paragraphe 6.02 C) de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.
Certains services sont réservés au médecin traitant. Toutefois, tout médecin du groupe au sens de l'alinéa précédent peut se prévaloir de ces actes réservés dans les deux situations suivantes;

- En cas d'interruption des activités du médecin traitant pour une période de treize semaines consécutives ou plus pour cause de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale;

<u>AVIS</u> **:** *Lorsque le médecin traitant interrompt ses activités pour 13 semaines consécutives ou plus en raison d'un congé de maternité ou d'adoption ou pour invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique peut se prévaloir de cette visite*.

Utiliser l'élément de contexte **Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus.**

- Lorsque le médecin assure la supervision de résidents dans un GMF-U pour un patient suivi par le résident et évalué avec la participation de celui-ci.

<u>AVIS</u> **:** *Inscrire le numéro attribué par la RAMQ (5-XXXXX) du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession*.

Les services visés sont identifiés au paragraphe 2.2.6 A b) i) ci-dessous. La durée maximale d'application de cette mesure en ce qui a trait au congé de maternité ou d'adoption est de dix-sept mois.
Les tarifs prévus pour le médecin qui compte 500 patients ou plus inscrits à son nom s'appliquent aux conditions suivantes :

- Le nombre de patients inscrits auprès du médecin est de 500 ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile.
- Le nombre retenu de patients inscrits tient compte de tous les lieux d'inscription du médecin.

<u>AVIS</u> **:** *Pour connaître le nombre de patients inscrits utilisé comme référence pour chaque trimestre, consulter le rapport* Nombre de patients inscrits pour la tarification *dans le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*.

Par exception aux règles précédentes, l'évaluation du nombre de patients décrits ci-dessus est ajustée lors du retour du médecin à ses activités après une interruption en raison d'un congé de maternité, d'un congé d'adoption, ou d'une interruption de 13 semaines ou plus en raison d'une invalidité totale. Le médecin qui comptait au moins 500 patients inscrits la veille de son départ pour le congé en cause, peut continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée pour une période de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de son retour, et ce, comme s'il comptait 500 patients inscrits ou plus à la date de son retour. À la fin de cette période, le niveau de tarification est fonction du nombre de patients inscrits auprès de lui à la fin de la période de quatre-vingt-dix (90) jours, et ce, jusqu'à ce qu'une évaluation subséquente produise un résultat différent.
En ce qui a trait à l'accès à la tarification bonifiée selon le nombre de patients inscrits, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis moins d'un (1) an et qui s'engage auprès de son DRMG local à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits peut se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits aux conditions suivantes :

- L'engagement doit être transmis au DRMG et à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) via les Services en ligne de la RAMQ en utilisant le formulaire prévu. La date de l'engagement doit correspondre à la date de transmission ou être postérieure à celle-ci.
- Après quatre trimestres complets suite à l'obtention de son permis de pratique, pour continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée, il doit compter au moins 500 patients ou plus au dernier jour du mois correspondant à la fin du quatrième trimestre. Advenant qu'au cours de la première année de la délivrance de son permis, un médecin s'absente pour un congé de maternité ou d'adoption, sans égard à sa durée, ou pour une invalidité totale temporaire de plus de treize semaines consécutives ce médecin peut, à compter de la date de retour de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité, continuer à se prévaloir de la tarification bonifiée, et ce, pour le nombre de semaines qui lui restait à la date de début de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité afin de compléter le un (1) an visé par la présente disposition. Le médecin avise la Régie de la date de début et de fin de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, le médecin doit transmettre à la Régie un certificat médical justifiant son absence. En outre, le médecin admissible par les autorités fiscales au crédit d'impôt pour personne handicapée en raison d'une déficience grave et prolongée et qui effectue de la prise en charge et du suivi de la clientèle peut également se prévaloir, pour la période reconnue par les autorités fiscales, à la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits. Dans un tel cas, le médecin doit transmettre à la Régie les pièces justificatives pertinentes liées à son admissibilité à un tel crédit d'impôt.

De même, un médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis 35 ans ou plus et qui effectue de la prise en charge et du suivi de clientèle peut aussi se prévaloir de la tarification bonifiée, peu importe le nombre de patients inscrits.

AVIS **:** *Pour vous prévaloir de la tarification bonifiée, vous devez faire parvenir à la RAMQ une lettre précisant votre engagement auprès de votre DRMG à effectuer la prise en charge et le suivi d'au moins 500 patients inscrits. Vous devez y indiquer vos nom, prénom et numéro de pratique ainsi que la date de prise d'effet de votre engagement.*

Cette lettre doit être acheminée dans les meilleurs délais, puisque vous pourrez vous prévaloir de la tarification bonifiée en date de votre engagement uniquement lorsque la RAMQ aura reçu l'information.

S'il y a lieu, vous devez également informer la RAMQ par lettre des dates de début et de fin de votre congé de maternité ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, vous devez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et si l'invalidité est totale ou partielle.
Vous devez informer la RAMQ de toute modification relative aux dates d'absence pour un congé de maternité ou d'invalidité.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

AVIS **:** *Pour connaître la date à laquelle vous ne serez plus admissible à la tarification bonifiée si vous détenez un permis de pratique depuis moins d'un an ou pour connaître la date de vos 35 ans de pratique, consultez le rapport* Nombre de patients inscrits pour la tarification *dans le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé.*

AVIS **:** *Pour connaître la date d'obtention de votre permis de pratique, consultez l'encadré* Renseignements personnels, *sous* Profil, *dans le service en ligne Mon dossier.*

AVIS **:** *Pour bénéficier de la tarification bonifiée, le médecin admissible au crédit d'impôt pour personne handicapée en raison d'une déficience grave et prolongée doit transmettre à la RAMQ une copie de son avis de détermination délivré par l'Agence du revenu du Canada :*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

Les médecins qui ne peuvent atteindre le seuil fixé de patients du fait de leur pratique, laquelle vise une clientèle particulière, pourront saisir le comité paritaire de leur situation pour décision quant à leur admissibilité à la tarification bonifiée selon le nombre de patients inscrits. Pour chaque secteur d'activité visé, le comité paritaire définit un nombre de visites à atteindre quotidiennement sur la base d'un nombre de jours travaillés annuellement. Il définit également un nombre maximal de médecins pouvant profiter de telles exceptions au-delà duquel les demandes au comité paritaire ne seront pas retenues.

À l'exception de la visite ponctuelle mineure ou complexe, des visites d'évaluation d'un problème mineur ou d'un problème complexe en vue de donner une opinion et de la visite à domicile pour un patient en perte sévère d'autonomie, toutes les autres visites sont effectuées sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

b) <u>Considérations spécifiques</u>

i) Services sur rendez-vous par le médecin traitant

La visite de prise en charge lors de l'inscription, la visite périodique d'un patient vulnérable, la visite de suivi et la visite périodique pédiatrique (alinéas 1), 2), 3) et 12) ci-dessous) peuvent être facturées

- lorsqu'elles se font sur rendez-vous ou par l'accès adapté et
- lorsqu'elles sont faites par le médecin traitant.

En ce qui concerne la visite de suivi d'un patient inscrit et la visite périodique pédiatrique, l'exigence que la visite soit faite par le médecin traitant est rencontrée lorsque la visite est faite auprès d'un médecin du groupe selon les dispositions paraissant aux 3e alinéa et 4e alinéa du paragraphe 2.2.6 A) a) ci-dessus. Il en va de même, en GMF-U, en ce qui concerne la visite périodique du patient vulnérable lorsque le médecin rencontre les conditions spécifiques à ce milieu.

ii) Services sans rendez-vous ou services sur rendez-vous par le médecin autre que le médecin traitant

La visite ponctuelle mineure et la visite ponctuelle complexe (alinéas 4) et 5) ci-dessous) sont facturées lorsqu'elles s'effectuent dans le cadre d'une plage de services sans rendez-vous

- que le patient soit inscrit auprès d'un médecin du groupe ou non,
- que le médecin soit le médecin traitant ou non.

Elles sont également facturées lorsqu'elles sont effectuées en rendez-vous

- lorsque le médecin n'est pas le médecin traitant,
- que le patient soit inscrit ou non à un des médecins du groupe.

Ces visites sont également facturées lorsque le médecin, pendant une période de garde en disponibilité, qu'elle soit rémunérée ou non, est appelé à se déplacer et à rendre des services sur place, et cela quel que soit son lieu de pratique habituel ou son mode de rémunération.

NOTE : Constitue une « plage de services sans rendez-vous » toute période au sein d'un milieu de première ligne durant laquelle un médecin est affecté à répondre aux besoins à court terme autant de ses patients que des patients inscrits auprès de ses collègues ou d'autres médecins, ou des patients sans médecin de famille. Sont des marqueurs de cette réalité :

- L'absence de rendez-vous ou des rendez-vous obtenus depuis peu de temps;
- Une proportion élevée de consultations pour un problème urgent ou semi- urgent;
- Une proportion élevée de patients qui ne sont pas inscrits auprès du médecin;
- Une proportion significative de problèmes nécessitant une intervention chirurgicale ou radiologique (si le milieu offre de tels traitements);
- Et une faible proportion d'interventions préventives ou de suivi longitudinal des pathologies chroniques des patients.

L'absence de rendez-vous, ou la présence de rendez-vous obtenus depuis peu de temps, à eux seuls ne suffisent pas pour conclure qu'il s'agit d'une plage de services sans rendez-vous et que les autres indicateurs, à l'exception de l'indicateur concernant la proportion élevée de consultations pour un problème urgent ou semi-urgent, sont absents.

NOTE : Constitue une « plage de services sans rendez-vous » toute période au sein d'un milieu de première ligne durant laquelle un médecin est affecté à répondre aux besoins à court terme autant de ses patients que des patients inscrits auprès de ses collègues ou d'autres médecins, ou des patients sans médecin de famille. Sont des marqueurs de cette réalité :

- L'absence de rendez-vous ou des rendez-vous obtenus depuis peu de temps;
- Une proportion élevée de consultations pour un problème urgent ou semi urgent;

- Une proportion élevée de patients qui ne sont pas inscrits auprès du médecin;
- Une proportion significative de problèmes nécessitant une intervention chirurgicale ou radiologique (si le milieu offre de tels traitements);
- Et une faible proportion d'interventions préventives ou de suivi longitudinal des pathologies chroniques des patients.

L'absence de rendez-vous, ou la présence de rendez-vous obtenus depuis peu de temps, à eux seuls ne suffisent pas pour conclure qu'il s'agit d'une plage de services sans rendez-vous et que les autres indicateurs, à l'exception de l'indicateur concernant la proportion élevée de consultations pour un problème urgent ou semi-urgent, sont absents.

iii) Visite de prise en charge et de suivi de grossesse

Le médecin se prévaut de la visite de prise en charge de grossesse, tant au cours du premier trimestre qu'au-delà du premier trimestre, et de la visite de suivi de grossesse selon les modalités prévues aux alinéas 10) et 11) ci-dessous. Il peut également se prévaloir, en cas de prise en charge temporaire et de suivi d'une patiente enceinte, du ou des suppléments prévus au paragraphe 7.03 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Le médecin qui prend en charge ou fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS de façon régulière ou non ainsi que le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire sont rémunérés selon les modalités prévues au paragraphe 7.00 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

iv) Visite à domicile

Le médecin qui dispense des services au domicile du patient se prévaut des modalités applicables pour les services dispensés en cabinet ou, selon le cas, en CLSC ou en GMF-U en établissement paraissant à la nomenclature des actes ci-dessous sous réserve des dispositions applicables lorsque le patient est en perte sévère d'autonomie prévues à l'alinéa 15) ci-dessous.

AVIS **:** *Pour les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, voir le paragraphe 2.4.2.*

AVIS **:** *Pour la visite à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet, en CLSC ou en GMF-U :*

- utiliser l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**, *excepté pour les visites dont le patient est en perte sévère d'autonomie et dont le libellé en fait déjà mention (codes de facturation* ***15781*** *à* ***15784****)*;

- inscrire le numéro de cabinet, le code postal ou le numéro du lieu habituel de pratique.

Des dispositions spécifiques s'appliquent aux services dispensés au premier patient en perte sévère d'autonomie, au second patient et au troisième patient en perte sévère d'autonomie lorsqu'ils sont sous le même toit. Les services dispensés auprès de patients en perte sévère d'autonomie additionnels aux trois premiers patients sont rémunérés selon les modalités applicables pour les services dispensés en cabinet ou, selon le cas, en CLSC ou en GMF-U en établissement.

AVIS : *Les codes de facturation* ***15781, 15782, 15783*** *et* ***15784*** *pour la visite à domicile doivent être utilisés seulement pour le premier, le deuxième ou le troisième patient vu sous un même toit.*

Le cas échéant, pour préciser qu'il s'agit d'un déplacement subséquent et se prévaloir à nouveau de la visite à domicile pour le patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Déplacement au domicile suivant – Patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatif à partir du deuxième domicile**.

À partir du quatrième patient, la visite à domicile se facture selon la nomenclature habituelle en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement avec l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**.

v) Visites associées à un problème musculo-squelettique

La visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique, la visite de suivi d'un problème musculo-squelettique et la visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique (alinéas 17), 18) et 19) ci-dessous) peuvent seulement être facturées lorsqu'elles sont effectuées :

- sur rendez-vous;
- par un médecin désigné par le comité paritaire du fait qu'une portion significative de sa pratique est orientée sur l'évaluation, le traitement et le suivi de problèmes complexes musculo-squelettiques;
- et que le patient n'est pas inscrit auprès du médecin.

c) Nomenclature des actes

AVIS **:** *Le médecin exerçant dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il peut toutefois en bénéficier s'il rend des services dans un autre secteur.*

AVIS **:** *Consulter le tableau synthèse des visites et évaluations.*

1) Visite de prise en charge

La visite de prise en charge vise l'évaluation d'un patient nouvellement inscrit auprès du médecin qui assurera un suivi longitudinal.

Elle comprend l'évaluation du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite est réclamée uniquement lors de l'inscription initiale du patient auprès du médecin ou lors de la première visite sur rendez-vous ou en accès adapté à la suite de l'inscription d'un patient dans le cadre d'une consultation sans rendez-vous par le même médecin.

Malgré ce qui précède, lorsqu'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) ou une candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPSPL) procède, avec le consentement du médecin collaborateur et au nom de celui-ci, à l'inscription d'un patient non vulnérable lors de la visite ou de la consultation qu'elle a effectuée, le médecin peut, lors de la première visite sur rendez-vous ou en accès adapté effectuée par ce dernier, réclamer la visite de prise en charge.

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15801, 15802, 15815, 15816, 15821, 15822, 15835** et **15836** sous l'onglet B – Consultation, examen et visite.*

2) Visite périodique d'un patient vulnérable

La visite périodique d'un patient vulnérable inscrit est une visite d'un patient vulnérable déjà inscrit auprès du médecin et dont le médecin assure le suivi longitudinal. Elle vise à évaluer l'évolution du patient et à mettre à jour le plan de traitement.

Elle comprend l'évaluation du patient, une actualisation du plan de traitement et, lorsque requis, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite peut être réclamée une seule fois par année civile. Elle ne peut pas être réclamée durant la même année civile par le médecin qui a été rémunéré pour la visite de prise en charge sur rendez-vous pour le même patient. Elle ne peut pas non plus être réclamée, durant la même année civile, par le médecin qui a auparavant été rémunéré pour l'examen complet majeur, pour la visite de prise en charge de grossesse, pour l'examen de prise en charge de grossesse, ou pour le supplément à l'examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre.
Le tarif est modulé selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15819**, **15820**, **15839** et **15840** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Pour la supervision de résidents en GMF-U, inscrire le numéro attribué par la RAMQ (5-XXXXX) du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession.*

3) Visite de suivi d'un patient inscrit
La visite de suivi d'un patient inscrit auprès du médecin qui l'a inscrit et qui en assure le suivi longitudinal vise l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.
Elle comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.
Le médecin consigne ses notes au dossier.
Cette visite peut être réclamée par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i).
Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, selon que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15803**, **15804**, **15817**, **15818**, **15823**, **15824**, **15837** et **15838** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Lorsque le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus, pour cause de congé de maternité ou d'adoption, ou pour invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique peut se prévaloir de cette visite.*
Utiliser l'élément de contexte **Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus**.

AVIS **:** *Pour la supervision de résidents en GMF-U, inscrire le numéro attribué par la RAMQ (5-XXXXX) du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession.*

4) Visite ponctuelle mineure
La visite ponctuelle mineure consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème concernant un seul système ou une seule partie du corps.
Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent lorsque requis, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.
Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer un nouveau questionnaire ou examen ou pour initier un traitement, pour évaluer un traitement en cours, pour observer l'évolution d'un maladie ou pour évaluer la réponse à un traitement.
Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15765** à **15772** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.*

5) Visite ponctuelle complexe

La visite ponctuelle complexe consiste en l'évaluation d'un patient, inscrit ou non auprès du médecin, pour un problème portant sur plus d'un système ou plus d'une région du corps.
Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.
Sont réputés répondre aux exigences de la visite ponctuelle complexe énoncées au premier alinéa ci-dessus les examens suivants :

- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles;
- l'évaluation des fonctions mentales supérieures, incluant, lorsqu'indiqué, l'évaluation du risque suicidaire
- l'évaluation d'un patient en vue d'effectuer une vasectomie, comprenant autant l'évaluation anatomique pertinente que la discussion visant à s'assurer que le patient a bien évalué quand effectuer l'intervention en tenant compte de sa situation personnelle.

Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer une nouvelle évaluation physique ou mentale.
Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non, que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus et selon que le patient a moins de 80 ans ou 80 ans ou plus.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15773** à **15780** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.*

6) Visite d'évaluation psychiatrique

La visite d'évaluation psychiatrique est réalisée à la demande d'un médecin. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi en santé mentale, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.
En plus de l'examen psychiatrique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel qui l'accompagne.
Un médecin qui procède à une visite d'évaluation psychiatrique produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.
Le médecin qui revoit le patient dans le cadre du suivi conjoint qui découle de sa visite d'évaluation psychiatrique ne peut alors réclamer la visite d'évaluation psychiatrique.
Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **08819** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

7) Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique est une visite auprès du médecin qui assure un suivi conjoint en santé mentale d'un patient inscrit auprès d'un autre médecin ou qui assure un suivi en santé mentale auprès d'un patient non inscrit. Cette visite se fait généralement à la suite d'une visite d'évaluation psychiatrique à la demande du médecin traitant.

Elle comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.
Cette visite ne peut être réclamée par le médecin traitant.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***08848*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

8) Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion
La visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas ou de l'expertise du médecin dont l'opinion est recherchée.
L'évaluation doit correspondre aux exigences de la visite ponctuelle mineure. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.
Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15789*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

9) Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion
La visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin, d'un dentiste, d'un optométriste ou d'une sage-femme. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de la complexité ou de la gravité du cas.
L'évaluation inclut l'examen physique ou mental décrit à la visite ponctuelle complexe. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.
Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15790*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

10) Visite de prise en charge de grossesse
La visite de prise en charge de grossesse consiste en la première évaluation d'une patiente par le médecin qui assurera le suivi prénatal ou une portion de celui-ci.
Cette visite comprend l'examen pertinent au contexte. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.
Le médecin consigne ses notes au dossier.
À l'occasion de cette visite ou de la visite subséquente, le médecin complète les formulaires normalisés obstétricaux applicables ou en usage en établissement et prescrit les examens de dépistage pertinents.
Pour une même patiente lors de la même grossesse, un seul médecin peut se prévaloir des modalités de rémunération applicables à la prise en charge de grossesse que ce médecin soit rémunéré par la visite de prise en charge de grossesse ou qu'il se prévale du supplément applicable pour la prise en charge de grossesse au cours du 1er trimestre et prévu au paragraphe 7.02 A) de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle. De plus, si la patiente est déjà inscrite comme patiente vulnérable auprès du médecin qui réclame ce service, il ne peut subséquemment durant la même année civile réclamer la visite périodique d'un patient vulnérable inscrit.
Toutefois, lorsque le médecin qui assure le suivi prénatal transfère la patiente à un deuxième médecin en vue de l'accouchement, du fait que ce premier médecin n'effectue pas d'accouchements, le médecin auquel la patiente est transférée peut réclamer cette visite. Dans ce contexte, il n'est pas tenu de prescrire les examens de dépistage s'ils ont déjà été effectués.

Ce service ne peut être réclamé par le médecin qui évalue une patiente en vue de mettre fin à sa grossesse.
Le tarif est modulé selon
- que la patiente est vulnérable ou non,
- que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus,
- que la visite de prise en charge est effectuée au cours du premier trimestre de grossesse ou non et,
- lorsqu'effectuée au cours du premier trimestre de grossesse, selon qu'il y ait référence ou non à un second médecin, au cours de ce même trimestre, pour assurer le suivi de grossesse par la suite.

AVIS : *Voir les codes de facturation **15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829** et **15830** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Le médecin prend en charge la patiente dans le 1er trimestre

*Utiliser le code de facturation **15805, 15806, 15825** ou **15826** dans l'une de ces situations :*

- Le médecin assure seul le suivi jusqu'à l'accouchement;

- Si le médecin prend en charge la patiente qui lui a été référée, il doit également indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession;

- Le médecin réfère la patiente au-delà du 1er trimestre à un autre médecin qui assurera le suivi jusqu'à l'accouchement.

*Utiliser le code de facturation **15807, 15808, 15827** ou **15828**, si le médecin réfère la patiente durant le 1er trimestre à un autre médecin qui assurera le suivi jusqu'à l'accouchement.*

Le médecin prend en charge la patiente au-delà du 1er trimestre

*Utiliser le code de facturation **15809, 15810, 15829** ou **15830** dans l'une de ces situations :*

- Si le médecin prend en charge la patiente qui lui a été référée, il doit également indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession;

- Si le médecin assure seul le suivi jusqu'à l'accouchement, s'il y a lieu, il doit également indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

Inscrire la date des dernières menstruations.

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.*

AVIS **:** *La prise en charge de grossesse et la rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (code de facturation **09970**) doivent être facturées sur une facture distincte.*

11) Visite de suivi de grossesse

La visite de suivi de grossesse consiste en l'évaluation d'une patiente enceinte dans le cadre d'un suivi prénatal.
Cette visite comporte le questionnaire et l'examen pertinent de même que les investigations requises par l'état de la patiente. Cette visite inclut la vérification quant à l'usage du tabac, le counseling approprié de même que les autres actes préventifs pertinents.
Le médecin consigne ses notes au dossier.
Les tarifs sont modulés selon que la patiente est vulnérable ou non et que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15811, 15812, 15831** et **15832** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.*

12) Visite périodique pédiatrique

La visite périodique pédiatrique est une visite sur rendez-vous d'un patient âgé de 0 à 63 mois par le médecin auprès duquel il est inscrit et qui en assure le suivi longitudinal. Elle vise le dépistage des problèmes de développement et l'évaluation du patient dans le cadre d'un suivi ou pour un problème ponctuel.

L'évaluation doit répondre aux conditions décrites à la visite de suivi d'un patient inscrit. De plus, le médecin doit évaluer les éléments pertinents de l'abécédaire de suivi et consigner les éléments pertinents au dossier.

Cette visite peut être réclamée par un médecin du groupe autre que le médecin traitant selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 A b) i).

La rémunération spécifique accordée pour la visite périodique pédiatrique est sujet à un maximum du nombre de services. Pour un même patient, sont comptabilisées à cette fin la visite de prise en charge (lors de l'inscription), la visite périodique d'un patient vulnérable, la visite périodique pédiatrique, l'intervention clinique pour la clientèle pédiatrique, de même que les visites rémunérées sous un autre mode et donnant droit à un supplément de responsabilité à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans. Le nombre maximal de ces services qui peut être réclamé est :

- Entre 0 et 21 mois : huit (8) visites
- Entre 22 et 63 mois : une (1) visite par année civile

Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non et que le médecin atteint ou non le seuil d'inscription de 500 patients ou plus.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15813, 15814, 15833** et **15834** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Lorsque le médecin traitant interrompt ses activités pour une période de 13 semaines consécutives ou plus en raison d'un congé de maternité ou d'adoption ou pour une invalidité totale, tout médecin du même groupe de pratique peut se prévaloir de cette visite.*

Utiliser l'élément de contexte **Médecin appartenant au même groupe que le médecin traitant qui est absent pour une période consécutive de 13 semaines ou plus**.

AVIS **:** *Pour la supervision de résidents en GMF-U, inscrire le numéro attribué par la RAMQ (5-XXXXX) du résident qui a vu le patient ou son prénom, son nom et sa profession.*

13) Communication avec un médecin spécialiste

Le médecin qui communique avec un médecin spécialiste (à l'exclusion d'un spécialiste en médecine familiale) par téléphone concernant un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient qui fait l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication peut avoir été initiée par le médecin spécialiste ou le médecin qui réclame le forfait;
- La communication se tient en l'absence de la présence physique du patient;
- La discussion doit être requise en raison de la gravité ou la complexité de la situation;
- La discussion doit viser le plan de traitement du patient pour obtenir un avis sur le diagnostic ou les recommandations sur la prise en charge et le suivi du patient, et
- Le médecin doit compter 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Par trimestre, le médecin peut réclamer le nombre maximal de montants forfaitaires paraissant ci-dessous établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application:

- 1500 patients inscrits ou plus : 39
- 1000 patients inscrits ou plus mais moins de 1500 patients inscrits : 26
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1000 patients inscrits : 13

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15841**, **15842** et **15843** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Le médecin qui ne rencontre pas le nombre minimum de patients inscrits requis au paragraphe précédent, mais qui bénéficie de la tarification bonifiée en raison d'une des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) ci-dessus et qui compte entre 250 patients et 500 patients inscrits peut, par trimestre, réclamer le nombre maximal de forfaits ci-dessous, établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès de lui.L'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue selon les règles applicables à chacune des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) :

- moins de 500 patients inscrits, mais plus de 250 patients inscrits : 7

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **15841**.*

Dans tous les cas, la demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

14) Communication avec d'autres professionnels de la santé

Le médecin qui communique avec un autre professionnel de la santé (à l'exclusion d'un médecin spécialiste ou omnipraticien) par téléphone concernant un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire lorsque la communication répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- Le patient qui fait l'objet de la communication est sous les soins du médecin, qu'il s'agisse d'un suivi longitudinal ou ponctuel;
- La communication se tient en l'absence de la présence physique du patient;
- La communication est effectuée avec une infirmière, un travailleur social, un inhalothérapeute, une diététicienne ou un pharmacien. Cet intervenant ne fait pas partie du personnel du cabinet ou de l'installation dans lequel le médecin exerce et avec lequel il échange couramment, que cet intervenant soit rémunéré ou non par le CISSS ou le CIUSSS.
- La discussion doit concerner les soins à prodiguer au patient;
- Dans le cas d'une communication avec un pharmacien, elle doit donner lieu à un changement thérapeutique et ce changement doit être transmis, au pharmacien. La communication visant à effectuer une ordonnance ou le simple renouvellement d'ordonnance ne répond pas à cette exigence.
- Le médecin doit compter 500 patients inscrits ou plus au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Par trimestre, le médecin peut réclamer le nombre maximal de montants forfaitaires paraissant ci-dessous établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

- 1500 patients inscrits ou plus : 39
- 1000 patients inscrits ou plus mais moins de 1500 patients inscrits : 26
- 500 patients inscrits ou plus mais moins de 1000 patients inscrits : 13

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15844**, **15845** et **15846** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Le médecin qui ne rencontre pas le nombre minimum de patients inscrits requis au paragraphe précédent, mais qui bénéficie de la tarification bonifiée en raison d'une des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) ci-dessus et qui compte entre 250 patients et 500 patients inscrits peut, par trimestre, réclamer le nombre maximal de forfaits ci-dessous, établi en fonction du nombre de patients inscrits auprès de lui.L'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue selon les règles applicables à chacune des situations visées au paragraphe 2.2.6 A) a) :

- moins de 500 patients inscrits, mais plus de 250 patients inscrits : 7

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15844***.

Dans tous les cas, la demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu, cabinet ou établissement, où la communication a été effectuée.

15) Visite à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs

La visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie comprend les services suivants:
1) Lors de la visite initiale ou annuelle, le médecin doit procéder à l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'évaluation physique ou mentale, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale.
2) Lors des visites subséquentes, le médecin doit prodiguer les soins courants suite à un examen physique ou mental pour évaluer un problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.
3) La visite doit s'effectuer au Québec.

Le patient en perte sévère d'autonomie présente les caractéristiques suivantes :

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

Le patient en phase de soins palliatifs qui fait l'objet de visites à domicile est réputé répondre aux caractéristiques décrites ci-dessus. Il en va de même du patient qui est évalué par un médecin dans le cadre de ses fonctions au sein d'un service de gériatrie d'un CHSGS ou d'un CHSLD.
Le médecin consigne ses notes au dossier.
Le tarif est modulé selon que le patient est vulnérable ou non.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15781, 15782, 15783*** *et* ***15784*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Les codes de facturation* ***15781, 15782, 15783*** *et* ***15784*** *pour la visite à domicile doivent être utilisés seulement pour le premier, le deuxième ou le troisième patient vu sous un même toit.*

Le cas échéant, pour préciser qu'il s'agit d'un déplacement subséquent et se prévaloir à nouveau de la visite à domicile pour le patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Déplacement au domicile suivant – Patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatif à partir du deuxième domicile**.

À partir du quatrième patient, la visite à domicile se facture selon la nomenclature habituelle en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement avec l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**.

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.*

AVIS **:** *Pour les modalités relatives à l'indemnité de kilométrage, voir le paragraphe 2.4.2.*

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes***
Lors de l'inscription de la visite au registre des consultations, l'identification de ces patients doit être fait en cochant la case Suivi à domicile du patient en perte sévère d'autonomie.

16) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence
Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 ci-dessous et selon les modalités qui y sont décrites, un supplément d'honoraires est accordé en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement lorsque le médecin doit se déplacer auprès d'un patient pour répondre à une urgence. Ce supplément s'applique uniquement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans supplément de déplacement.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15847, 15848** et **15849** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Inscrire l'heure de début du déplacement.
Pour le deuxième supplément d'honoraires et les suivants et pour les services facturés au cours de la même période, utiliser l'élément de contexte **Séance différente**.

17) Visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique
La visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique s'effectue sur rendez-vous et vise l'évaluation d'un patient souffrant d'un problème musculo-squelettique nécessitant une évaluation par un médecin détenant une expertise en la matière ou la participation d'un tel médecin dans son suivi longitudinal, ou à l'évaluation par un tel médecin d'un patient souffrant de symptômes persistants d'une commotion cérébrale.
Elle comprend l'examen du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.
Le médecin peut se prévaloir de cette visite une seule fois pour un même patient. Toutefois, il ne peut se prévaloir de cette visite s'il s'est prévalu, pour le même patient, de la visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **08775** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

18) Visite de suivi d'un problème musculo-squelettique
La visite de suivi d'un problème musculo-squelettique s'effectue sur rendez-vous et vise l'évaluation ou le traitement d'un patient souffrant d'un problème musculo-squelettique nécessitant une évaluation ou un suivi longitudinal. Elle ne s'applique pas et ne peut être facturée lors du suivi d'un patient souffrant de symptômes persistants d'une commotion cérébrale, à moins que le patient souffre aussi d'un problème musculo-squelettique nécessitant une évaluation ou un suivi longitudinal.
Elle comprend le contact avec le patient et, lorsque requis, l'examen, l'élaboration d'un plan d'investigation ou de traitement, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **08776** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

19) Visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion
La visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion est réalisée à la demande d'un médecin. La demande vise alors à obtenir l'opinion du médecin en raison de son expertise, de la complexité ou de la gravité du problème musculo-squelettique du patient ou de symptômes persistants d'une commotion cérébrale.
L'évaluation inclut l'examen physique. Elle inclut de plus, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le patient et ses proches.

Le médecin produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, des investigations et traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **08777** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.
Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

2.2.6 B Intervention clinique

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

L'intervention clinique est, selon le cas, individuelle ou collective. Elle est collective si elle est dispensée à plus d'une (1) personne. Le tarif de l'intervention clinique collective est modulé selon qu'elle soit utilisée ou non pour soigner un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité décrite à *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. La modulation du tarif du premier type d'intervention clinique collective tient compte du temps de préparation qui doit être consacré à l'intervention clinique collective et qui n'est pas inclus dans le temps rémunéré.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. L'ultime période supplémentaire doit avoir une durée minimale de huit (8) minutes, sans quoi elle ne peut donner lieu à aucune rémunération. Lorsqu'une période supplémentaire dont la durée est de moins de quinze (15) minutes est rémunérée et qu'elle est suivie d'une nouvelle intervention clinique auprès d'un autre patient, cette dernière ne peut débuter moins de quinze (15) minutes complètes après le début de l'ultime période supplémentaire en cause. La durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes. Le médecin ne peut facturer plus de cent-quatre-vingt (180) minutes d'interventions cliniques dans une journée sous réserve des dispositions suivantes.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **08857** à **08860, 08866** à **08869** et **08841** à **08844** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.
Inscrire :
- le code de facturation approprié;
- l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des codes de l'intervention clinique.

N'est pas comptabilisée aux fins de la durée quotidienne maximale prévue ci-dessus, la durée d'une intervention clinique effectuée :

- pour un problème de santé mentale,
- pour un problème de toxicomanie,
- auprès d'une personne présentant les caractéristiques d'une des catégories de problèmes de santé

(par. 5.01 de *l'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*),

- auprès de la clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC,
- auprès d'une personne suivie comme grand brûlé dans un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin,

- auprès de la clientèle polytraumatisée d'un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin.
- auprès d'une personne souffrant d'un problème de migraine suivie par un médecin désigné par le comité paritaire du fait qu'il détient une expertise en la matière ou une pratique significative.
- auprès d'une personne au sein d'une clinique privée désignée où il s'effectue des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales.
- auprès d'une personne au sein d'un milieu de périnatalité sociale désigné.

AVIS **:** *Pour les centres de réadaptation en déficience physique visés par le suivi des grands brulés et ceux prenant charge de la clientèle polytraumatisée, voir la liste des installations désignées.*

AVIS **:** *Les cliniques privées désignées pour les interruptions volontaires de grossesse chirurgicales sont les suivantes :*
- Clinique Morgentaler (55433);
- Clinique médicale Femina (55363);
- Clinique médicale de l'Alternative (55390);
- Centre de santé des femmes de Montréal (56002);
- Clinique médicale l'Envolée (55080).

Le médecin indique le contexte lorsqu'il réclame le service dans une des situations visées ci-dessus.

AVIS: *Selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants, sauf pour les codes de facturation* ***08841*** *à* ***08844*** *:*

- **Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de santé mentale***;*
- **Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de toxicomanie***;*
- **Intervention clinique effectuée auprès d'une personne présentant un problème de santé figurant à l'EP – Médecine de famille, prise en charge, suivi de la clientèle (par. 5.01)***;*
- **Intervention clinique effectuée auprès d'une clientèle pédiatrique d'un centre de pédiatrie sociale ou d'un programme Petite enfance d'un CLSC***;*
- **Intervention clinique effectuée auprès d'une personne suivie comme grand brûlé dans un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin***;*
- **Intervention clinique effectuée auprès de la clientèle polytraumatisée d'un centre de réadaptation désigné par le MSSS à cette fin**;
- **Intervention clinique effectuée pour l'intubation d'un patient COVID positif durant sa garde**;
- **Intervention clinique effectuée auprès d'une personne souffrant d'un problème de migraine**;
- **Intervention clinique effectuée auprès d'une personne au sein d'une clinique privée désignée où il s'effectue des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales***;*
- **Intervention clinique effectuée auprès d'une personne au sein d'un milieu de périnatalité sociale désigné**.

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

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

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

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **01098**, **01099** et **01100**.*

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

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **08877**, **15144**, **15145**, **15158**, **15159**, **15169**, **15170**, **15171**, **15189** et **19074**.*

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

AVIS **:** *Voir le code de facturation **08875**.*

La constatation de décès;

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **00013**, **00014** et **15234**.*

La rédaction d'un formulaire tarifé.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **09800**, **09817**, **09825**, **09826**, **09901** à **09980**, **15265 et 15795 à 15797**.*

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

Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. Le tarif est alors modulé selon que la visite est effectuée dans le cadre des activités du médecin en cabinet ou en établissement. Pour ces fins, le médecin qui exerce exclusivement à domicile est réputé exercer dans le cadre d'activités en cabinet.

Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement et qu'il doit se déplacer à plus de dix (10) kilomètres du point de départ pour effectuer son déplacement, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction. Lors d'interventions successives, le point de départ est réputé être celui de l'intervention clinique à domicile qui a précédé la visite. Lorsqu'une période supplémentaire pour l'intervention clinique est rémunérée pour moins de quinze (15) minutes et qu'elle est suivie d'un déplacement, le calcul du supplément débute après les quinze (15) minutes complétées de l'ultime période supplémentaire.

AVIS : *Inscrire :*

*- le code de facturation **08861**;*

- l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres, à l'aller et au retour.

Utiliser :

- une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour;

- une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.

Dispositions spécifiques aux services de téléconsultation : la participation du médecin, à titre de référant, à une téléconsultation auprès d'un médecin spécialiste peut être rémunérée selon les dispositions applicables à l'intervention clinique si elle se fait en présence du patient. Les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent :

En raison d'un problème technique ou tout autre problème hors de son contrôle, le retard du début de la téléconsultation et/ou de l'interruption de la communication sont réputés faire partie de l'intervention clinique pour un total ne dépassant pas trente (30) minutes.

AVIS **:** *Pour la téléconsultation, utiliser les codes de facturation d'intervention clinique individuelle en établissement* ***08858*** *et* ***08860****.*

Les dispositions énoncées ci-dessus relativement au supplément applicable pour le temps de déplacement à domicile s'appliquent au déplacement du médecin au lieu de la téléconsultation.

AVIS **:** *Lors d'un déplacement relié à la participation à une téléconsultation, inscrire :*

- le code de facturation ***08876****;*

- l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres, à l'aller et au retour.

Utiliser :

- une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour;

- une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.

Ce supplément est payable pour une distance de 10 kilomètres ou plus entre le lieu de départ du médecin et le lieu de la téléconsultation.

Le médecin doit, comme pour tout examen ou intervention clinique, compléter des notes au dossier du patient.

2.2.6 B-1 Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

De façon distincte de la rémunération prévue pour les autres services thérapeutiques, une rémunération est prévue pour les services spécifiques rendus conformément à la Loi par le ou les médecins qui participent au processus d'évaluation d'une demande d'aide médicale à mourir présentée par un patient sur le formulaire prévu à cette fin. Selon que l'intervention du médecin est en lien avec ces services spécifiques ou d'autres soins, le médecin réclame la rémunération prévue pour l'un ou l'autre service. Lorsque son intervention implique les deux types de services, le médecin réclame le ou les services ayant requis le plus de temps.
La rémunération pour les services spécifiques est la suivante:
Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir

L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir d'un patient est, en termes de contenu clinique, équivalente à un examen, à une visite ou à une consultation. Elle est réalisée par le médecin qui accepte d'accompagner un patient dans le cadre du processus faisant suite à sa demande d'aide médicale à mourir. À ce titre, le médecin vérifie si toutes les conditions de la *Loi* sont respectées. Lorsqu'il conclut que l'aide médicale à mourir peut être administrée et que le patient maintient toujours sa demande, il procède lui-même à son administration.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15880*** *et* ***15881*** *sous l'onglet* B – Consulation, examen et visite.

L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir est également réalisée par le médecin qui accepte de donner une deuxième opinion à la demande du médecin accompagnateur afin de vérifier si toutes les conditions de la *Loi* sont respectées et permettent l'administration de l'aide médicale à mourir.

Cette intervention inclut la révision du dossier, les contacts avec le patient et/ou avec ses proches en ce qui a trait à sa demande d'aide médicale à mourir, l'information à lui transmettre quant au processus lui-même et le soutien à lui apporter. Elle inclut également les échanges avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le patient et/ou les autres professionnels ou personnes concernés. Ces échanges sont tenus au cours de la même séance avant la rencontre avec le patient ou suite à cette rencontre.
L'intervention clinique suite à une demande d'aide médicale à mourir d'un patient peut être facturée par le médecin accompagnateur et par le médecin appelé à donner un second avis.
Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir, la séance ne doit pas durer moins de quinze (15) minutes consécutives. Par la suite, une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. Le médecin qui se prévaut des présentes dispositions ne peut facturer, au cours de la même séance, tout autre acte à l'exception des actes suivants :

- Formulaire (partie 1 ou parties 1, 2 et 3) et démarches afférentes relatifs à l'aide médicale à mourir
  (médecin accompagnateur);
- Rapport de consultation (avis du second médecin);
- Constat de décès;
- Rédaction du bulletin de décès;
- Démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments.

Le temps consacré aux actes ci-dessus doit être exclu de temps de l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir d'un patient. Les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments doivent faire l'objet d'une comptabilisation et d'une réclamation distinctes selon les mêmes règles que l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir.
Le médecin doit compléter des notes au dossier du patient.
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 de facturation* ***15882*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Lorsque pour prodiguer les services d'aide médicale à mourir, le médecin doit se rendre dans une installation autre que celle où il exerce régulièrement et que le déplacement est de dix (10) kilomètres ou plus, il peut se prévaloir de l'indemnité de kilométrage prévue au paragraphe 2.4.2 du préambule général. Il en est de même lors des démarches du médecin accompagnateur consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments requise pour administrer l'aide médicale à mourir.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Déplacement pour prodiguer les services d'aide médicale à mourir**.
Pour les instructions de facturation, consulter le paragraphe 2.4.2.

Mentorat pour l'aide médicale à mourir

L'ensemble des modalités décrites au présent paragraphe, incluant le formulaire (parties 1, 2 et 3) et démarches afférentes relatifs à l'aide médicale à mourir, le rapport de consultation (avis du second médecin) et les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments, peuvent, pour le même patient, être réclamés par deux médecins lorsqu'un des deux médecins agit à titre de mentor ou fait l'objet de mentorat pour ces services.

Pour faire l'objet de mentorat, un médecin ne doit pas avoir réclamé plus de 5 (cinq) interventions cliniques à la suite d'une aide médicale à mourir, comme médecin accompagnateur ou comme médecin donnant une deuxième opinion dans les quatre (4) dernières années.

Lorsque le médecin qui fait l'objet de mentorat a réclamé une intervention clinique à la suite d'une aide médicale à mourir au cours des quatre (4) dernières années, le nombre maximum d'interventions pouvant donner lieu à la facturation par deux médecins est le maximum de cinq (5), réduit du nombre d'interventions cliniques d'aide médicale à mourir d'autant.

Lors de leur facturation des services, les deux médecins doivent indiquer le nom et le numéro de permis du médecin qui agit comme mentoré ou comme mentor.

Le médecin qui veut se prévaloir du montant doit informer la Régie de son intention d'y avoir recours.

AVIS **:** *Le médecin mentor et le médecin mentoré doivent faire parvenir à la RAMQ une lettre signée, ou un courriel, faisant part de leur intention d'avoir recours au mentorat pour l'aide médicale à mourir en spécifiant la date à laquelle cette période de mentorat débute et le rôle demandé, mentor ou mentoré.*

Par courriel
En utilisant le service en ligne Messagerie sécurisée de la RAMQ

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 646-8110

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

1) Examen ordinaire

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

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

2) Examen principal

L'examen principal comporte les éléments suivants :

1) le questionnaire portant sur :

a) la raison médicale du recours au médecin, les antécédents de la maladie actuelle ou son évolution;

b) le fonctionnement d'un ou des ensembles ou systèmes reliés à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivants :

- nez, gorge, oreilles;
- yeux;
- système digestif;
- système cardio-vasculaire;
- système respiratoire;
- système génito-urinaire;
- système nerveux;
- appareil locomoteur;
- système endocrinien.

2) L'examen clinique d'une ou des régions reliées à la raison médicale du recours au médecin, parmi les suivantes :

- peau et phanères;
- ganglions;
- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- organes génitaux;
- colonne et extrémités.

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

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

3) L'initiation d'un traitement s'il y a lieu, et les recommandations au patient.

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

3) L'intervention en situation complexe

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

- l'intervention doit durer au minimum une demi-heure;
- forfait limité à un par patient par séjour du patient au service d'urgence et ne peut être combiné à une facturation à l'acte pour les services dispensés dans le service d'urgence par le même médecin durant la journée de facturation du forfait;
- un forfait ne peut être facturé que par un seul médecin pendant le séjour du patient;

- tarif pour la première demi-heure et, par la suite, par quart d'heure avec, au total, la limite d'une heure et demie pour un patient de moins de 70 ans et d'une heure trois quarts pour un patient de 70 ans et plus.

Cette intervention ne comprend pas les services médico-administratifs rendus concurremment ni le constat de décès, qui peuvent, le cas échéant, être réclamés en plus de l'intervention en situation complexe. Toutefois, le temps requis pour le constat de décès ainsi que pour des services médico-administratifs tels la rédaction d'un formulaire, les services médico-administratifs dispensés pour le compte de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail ou ceux concernant certaines évaluations psychiatriques ou de l'état mental d'une personne prévus à la Lettre d'entente no 223 doit être exclu du temps de l'intervention en situation complexe.

AVIS **:** *S'il y a lieu, pour la nouvelle intervention auprès d'un patient, utiliser l'élément de contexte* **Séjour différent à la salle d'urgence**.

4) L'examen psychiatrique principal

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

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

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

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

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

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro de l'établissement de l'endroit où est le patient (lieu désigné).*

AVIS **:** *Voir la* Liste des installations désignées pour l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie pendant un transport ambulancier.

AVIS **:** *Pour le lieu en référence, indiquer :*

- la précision du lieu **Lieu du transfert du patient**;

- le numéro de l'établissement où le patient est transféré.

6) Supplément d'honoraires pour un examen fait auprès d'un patient admis qui séjourne à l'urgence

Un supplément d'honoraires est accordé pour un examen fait auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS hors d'une unité de décision clinique désignée à l'entente particulière pertinente et qui séjourne au service d'urgence sous la responsabilité d'un médecin qui y assure la garde sur place. Ce supplément s'ajoute au tarif de chaque examen fait par un médecin.

AVIS **:** *Inscrire :*

- le code de facturation ***15637****;*

- le numéro du centre hospitalier;

- la date d'entrée du patient au centre hospitalier;

- le secteur d'activité **Clinique d'urgence**.

7) Support médical à distance dans un service d'urgence désigné

Le médecin qui assure le support médical à distance des services préhospitaliers dans un établissement désigné et qui est donc responsable de répondre aux demandes de techniciens ambulanciers-paramédics pendant le transport ambulancier de patients, d'évaluer de tels patients et de prescrire le traitement nécessitant une ordonnance médicale est rémunéré à raison d'un forfait par quart de garde selon les modalités suivantes :

a) Le médecin doit détenir une nomination et des privilèges auprès d'un service d'urgence d'un établissement accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour le support médical à distance.

b) Le médecin assure ce service pendant son quart de garde au service d'urgence.

c) Toute intervention du médecin doit se faire dans le respect des protocoles d'intervention clinique reconnus par le ministre.

d) Un seul médecin peut se prévaloir, par quart de garde, de la rémunération prévue au présent sous-paragraphe.

e) Aux fins de l'application des dispositions prévues au paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale et des dispositions prévues à l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements, le forfait est réputé être un acte.

f) Le forfait est sujet aux modalités de l'annexe XX de l'entente générale et à cette fin, lorsque le quart visé couvre majoritairement une période de jour, le service est réputé rendu de jour. Lorsqu'au moins la moitié du quart visé se déroule le soir, le service est réputé rendu le soir. Lorsque le quart visé couvre majoritairement une période de nuit, le service est réputé rendu de nuit.

g) Le forfait de support médical à distance est de 33 $ par quart de garde à compter du 1er septembre 2018 et de 33,35 $ au 1er octobre 2019. Un maximum de trois (3) forfaits peuvent être facturés par jour de calendrier dans un même service d'urgence.

AVIS **:** *Inscrire :*

- le code de facturation ***15259****;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la période de garde sur place à l'urgence, qui doit être de 8 heures consécutives.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.2.6 D Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.01 de l'annexe XXII de l'entente générale

Les programmes, unités, services ou départements, visés au présent paragraphe, sont identifiés, ainsi que le niveau de tarif, A ou B, qui leur est applicable, au paragraphe 2.01 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les modalités de rémunération apparaissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux articles 2.1 et 2.2 du préambule général pour les soins physiques exclusivement. Le médecin qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés doit se prévaloir de la tarification des services décrits aux alinéas ci-dessous.

AVIS **:** *Pour **chacun des actes suivants**, à l'exception des actes codifiés **15643** et **15652**, inscrire la **date d'admission** en établissement.*

Toutefois, les présentes modalités ne s'appliquent pas aux examens et consultations faits auprès d'un patient admis qui séjourne dans un service d'urgence sous la responsabilité d'un médecin qui y assure la garde sur place.

Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame ces services.

Lorsque le libellé des visites suivantes réfère au médecin qui assume la responsabilité principale de soins du patient dans un milieu psychiatrique deux médecins différents peuvent répondre à cette exigence, soit celui qui assume la responsabilité principale pour les soins psychiatriques du patient et celui qui assume la responsabilité principale du patient pour les soins physiques.

AVIS **:** *Depuis le 1er octobre 2017, dans un milieu psychiatrique, deux médecins qui assument respectivement la responsabilité principale des soins psychiatriques et des soins physiques d'un patient peuvent facturer, pour la même journée, les services rendus à ce patient en utilisant les visites prévues à la nomenclature qui leur est applicable :*

Le médecin responsable des soins physiques du patient facture les visites du paragraphe 2.2.6 D du préambule général;

Le médecin responsable des soins psychiatriques facture les visites prévues au paragraphe 2.2.6 G du préambule général.

1) Visite de prise en charge

La visite de prise en charge consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis. Elle comprend l'examen du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et, au besoin, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par séjour hospitalier d'un patient nouvellement admis et elle ne peut être réclamée que par le médecin qui assume la responsabilité principale des soins du patient.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

Lorsqu'effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie d'un centre hospitalier de soins psychiatriques désigné par le MSSS à cette fin, cette visite comporte une tarification distincte.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15638** (niveau A), **15647** (niveau B) et **15667** (niveau B) sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2) Visite de suivi

La visite de suivi est une visite auprès d'un patient admis à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient, qu'il assure le suivi du patient ou qu'il intervienne de façon ponctuelle. Elle inclut au besoin la révision du dossier, l'examen du patient, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

AVIS **:** *Pour la première visite de suivi auprès d'un patient au cours d'une journée, voir les codes de facturation* ***15639*** *(niveau A) et* ***15648*** *(niveau B) sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Cette visite implique toujours un contact avec le patient et des notes consignées au dossier.

Le médecin qui doit revoir le patient suite à un examen ou une visite effectuée le même jour, quelle qu'en soit la nature, et qui doit procéder à un examen en raison d'une modification de l'état du patient peut alors facturer la visite de suivi.

Toute visite subséquente effectuée la même journée est payée à un tarif moindre sauf si elle survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence. Dans ce dernier cas, elle est payée au tarif régulier et n'est pas considérée aux fins du calcul du nombre de visites.

AVIS **:** *Pour toute visite de suivi subséquente effectuée auprès d'un patient le même jour, voir les codes de facturation* ***15640*** *(niveau A) et* ***15649*** *(niveau B) sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un* ***patient admis*** *doit facturer la première visite de suivi ou une visite subséquente en indiquant le secteur où il donne les soins.*

Il doit également (régime A et B) :

- utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Garde sur place est réclamé** *et, si requis, l'élément de contexte* **Service dispensé au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente***;*

- indiquer l'heure de début du service.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.01 a) 1), 2.01 a) 3), 2.01 a) 5), 2.01 a) 6) ou 2.01 b) 1) de l'Annexe XXII de l'Entente générale peut facturer la visite de suivi.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus dans un centre hospitalier qui ne détient pas de centre de médecine de jour, un patient peut être revu en clinique externe dans les 5 jours suivant son congé en hospitalisation. Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre lieu habituel de pratique. Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans une clinique externe dans les 5 jours suivant le congé d'un séjour admis du patient**.

AVIS **:** *Inscrire* ***la date d'admission*** *dans le cas d'un patient admis ou* ***la date du rendez-vous*** *dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII (paragr. 2.01 – P.G. 2.2.6 D).*

3) Visite de transfert

La visite de transfert est réalisée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité principale d'un patient déjà admis. Le médecin qui assume la responsabilité principale du patient suite à ce transfert procède à une visite auprès du patient. Son évaluation inclut, au besoin, l'examen du patient, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

La visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou une journée fériée. Le médecin qui voit le patient peut alors réclamer la visite de suivi.

La visite de transfert ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

AVIS **:** *Pour la visite de transfert, du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir les codes de facturation* ***15641*** *(niveau A) et* ***15650*** *(niveau B) sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

4) Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15642*** *(niveau A),* ***15651*** *(niveau B) et* ***15668*** *(niveau B) sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

En plus de l'examen du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut réclamer la visite d'évaluation. Il peut alors facturer la visite de suivi.

Le médecin dont la participation est demandée dans le seul but d'assurer le suivi postopératoire d'un patient, ne peut se prévaloir de cette visite. Il est alors rémunéré selon le préambule particulier de chirurgie.

Cette visite, avec les adaptations nécessaires, remplace l'examen ou la consultation que le médecin pourrait autrement réclamer lors de l'évaluation du patient inscrit dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.01 a) 3), 2.01 a) 5), 2.01 a) 6) ou 2.01 b) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale.

Lorsqu'effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie d'un centre hospitalier de soins psychiatriques désigné par le MSSS à cette fin, cette visite comporte une tarification distincte.

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *Inscrire* ***la date d'admission*** *dans le cas d'un patient admis ou* ***la date du rendez-vous*** *dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII (paragr. 2.01 P.G. 2.2.6 D).*

AVIS **:** *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP 29 – Malade admis en CHSGS (régime A ou B), doit se rendre à* ***l'urgence*** *auprès d'un* ***patient admis*** *en attente d'être dirigé vers l'unité de soins de courte durée doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion, en utilisant son secteur de provenance.*

Indiquer :

- pour le régime A, l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé** *et préciser l'heure de début du service;*

- pour le régime B, l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

AVIS **:** *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un* ***patient admis****, doit facturer la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion en utilisant le secteur où il rend les services.*

Il doit également (régime A et B) :

- utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Garde sur place est réclamé** *et, si requis, l'élément de contexte* **Service dispensé au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente**;

- indiquer l'heure de début du service.

5) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclamé pour la participation à des discussions de cas concernant un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste) et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé d'un patient. Les échanges doivent viser la condition du patient ou ses besoins.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15643*** *(niveau A) et* ***15652*** *(niveau B) sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Ce service vise notamment les échanges du médecin avec un proche du patient en vue de convenir du niveau d'intervention médicale, d'expliquer les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient.

Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***15643*** *(niveau A) et* ***15652*** *(niveau B), indiquer la durée de l'échange.*

Dans le seul cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le médecin, dans le cadre des services dispensés dans une clinique externe visée aux paragraphes 2.01 a) 1), 2.01 a) 3), 2.01 a) 5), 2.01 a) 6) ou 2.01 b) 1) de l'Annexe XXII de l'Entente générale, peut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS **:** *Inscrire* ***la date d'admission*** *dans le cas d'un patient admis ou* ***la date du rendez-vous*** *dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII (paragr. 2.01 P.G. 2.2.6 D).*

Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.

6) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15644, 15645*** *et* ***15646*** *(niveau A) et* ***15653, 15654*** *et* ***15655*** *(niveau B) sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Inscrire :*

- l'heure de début du déplacement;

- l'élément de contexte **Séance différente** *pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la même période.*

2.2.6 E Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.02 de l'annexe XXII de l'entente générale

Les programmes, unités, services ou département, visés au présent paragraphe, sont identifiés au paragraphe 2.02 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les modalités de rémunération apparaissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux articles 2.1 et 2.2 du préambule général. Elles s'appliquent pour les soins physiques exclusivement. Le médecin qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés doit se prévaloir de la tarification des services décrits aux alinéas ci-dessous.

Toutefois, au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame alors ces services.

1) Évaluation médicale globale en soins de longue durée

Le médecin effectue une évaluation médicale globale en soins de longue durée suite à l'admission d'un patient en CHSLD ou dans une unité de longue durée d'un CHSP. L'évaluation médicale globale comprend l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'examen complet, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale et les examens complémentaires jugés utiles. L'évaluation médicale globale peut s'effectuer sur plusieurs visites et peut exiger d'échanger avec les proches du patient et des professionnels du milieu.

Lorsqu'il a terminé et complété ses notes au dossier, le médecin réclame le tarif de l'évaluation. Ce tarif ne comprend pas l'ensemble des visites de suivi, échanges ou autres services rendus pour effectuer l'évaluation, services qui se facturent séparément selon la date où ils sont rendus.

Annuellement ou lorsque requis selon l'évolution du patient, le médecin effectue une nouvelle évaluation médicale globale.

Pour les fins de ce service, le patient faisant l'objet d'un séjour d'évaluation à l'hôpital de jour est considéré comme étant admis.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15615*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2) Visite de suivi courant

La visite de suivi courant est une visite à l'occasion de laquelle le médecin assure la gestion des problèmes courants du patient admis. Elle inclut la consultation sur place du dossier, des échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements qui s'imposent. Lorsque requis, elle comprend le contact avec le patient.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15616*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

3) Visite de suivi exigeant un examen

La visite de suivi exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants suite à un examen physique. Elle peut être réclamée lorsque l'examen clinique est rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un nouveau problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

Cette visite inclut au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être réclamée le même jour que la visite de suivi courant.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2.02 b) 1) ou au paragraphe 2.02 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de suivi exigeant un examen.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15617*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

4) Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM)

Le médecin qui complète le formulaire prescrit (NIM) à cet effet réclame le tarif prévu. Le formulaire est complété lors de l'admission d'un patient, suite à l'évaluation médicale globale, lors d'un changement significatif à l'état du patient ou lorsque requis.

La rédaction de ce formulaire par le médecin implique généralement, au préalable, la participation du médecin à des discussions avec le patient, le personnel clinique, le médecin de famille ou un proche du patient.

Ce tarif ne comprend pas l'ensemble des visites de suivi, échanges ou autres services rendus pour compléter le formulaire, services qui se facturent séparément selon la date où ils sont rendus.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15618*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

5) Visite d'évaluation en vue de donner une opinion

La visite d'évaluation en vue de donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut réclamer la visite d'évaluation. Il peut alors facturer la visite de suivi.

En plus de l'examen du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Cette visite, avec les adaptations nécessaires, remplace l'examen ou la consultation que le médecin pourrait autrement réclamer lors de l'évaluation du patient inscrit en clinique externe ou à l'hôpital de jour visé au paragraphe 2.02 b) 1) ou au paragraphe 2.02 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15619*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.
Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Les activités d'échanges concernant un ou plusieurs patients que le médecin consacre à l'élaboration ou la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire, à la détermination du niveau d'intervention médicale ou à des discussions avec le personnel clinique, le médecin de famille ou un proche du patient sont définies comme suit :

a) L'élaboration ou la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire implique la mise en commun de l'évaluation respective de chacun des professionnels concernés et le cas échéant, l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire adapté à l'état et à la condition du patient. La participation du médecin à la présentation du plan d'intervention interdisciplinaire au patient et à ses proches est aussi comprise dans ce service.

b) La détermination du niveau d'intervention médicale ou sa révision a pour objet de préciser l'intensité des soins requis pour un patient. Elle comporte des échanges avec le patient, son représentant légal ou ses proches, sur la nature de l'investigation et du traitement à envisager selon l'évolution de l'état du patient.

Pour être ainsi visés, les échanges du médecin avec le personnel clinique ou les proches d'un patient concernant la condition ou l'état de ce patient doivent s'effectuer lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15620*** *et indiquer la durée de l'échange.*

Dans le seul cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2.02 b) 1) ou au paragraphe 2.02 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale peut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15620*** *et indiquer la durée de l'échange.*

7) Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement

Les activités d'échanges ou le temps que le médecin consacre à l'élaboration et à la rédaction d'un protocole ou d'une ordonnance collective à l'intention de personnes habilitées de l'établissement sont faites dans le but de favoriser la prestation de soins dans un cadre interprofessionnel. Ces activités peuvent notamment avoir pour objet des médicaments, des traitements, des examens ou des soins.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15621*** *et indiquer la durée de l'échange.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

8) Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement

Entre 8 heures et 18 heures du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, lorsqu'il n'est pas présent dans l'établissement, le médecin est rémunéré lorsqu'il répond par téléphone à une demande qu'il reçoit du personnel clinique concernant un suivi qui exige une attention immédiate à l'endroit d'un des patients.

Le médecin peut se prévaloir de ce tarif sans égard à son mode de rémunération au sein de l'établissement en cause.

AVIS **:** *Inscrire :*
- le code de facturation ***15622****;*
- l'heure de début du service;
- le numéro de l'établissement où le patient est admis.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Voir le code de facturation ***15622*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

9) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de longue durée visée. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***15623****,* ***15624*** *et* ***15625*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Inscrire :*

- l'heure de début du déplacement;

- l'élément de contexte **Séance différente** *pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la même période.*

2.2.6 F Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.03 de l'annexe XXII de l'entente générale

Les programmes, unités, services ou départements, visés au présent paragraphe, sont identifiés au paragraphe 2.03 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les modalités de rémunération apparaissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 du préambule général. Le médecin qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés doit se prévaloir de la tarification décrite aux alinéas ci-dessous.

Toutefois lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame alors ces services.

AVIS **:** *Pour chacun des actes suivants,* ***à l'exception des codes 15631*** *et* ***15632****, inscrire la* ***date d'admission*** *en établissement.*

1) Visite de prise en charge

La visite de prise en charge consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis dans un centre ou une unité visée. Elle comprend l'examen du patient, un plan de réadaptation, de traitement ou d'investigation et au besoin, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses observations au dossier.

Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par séjour d'un patient nouvellement admis et elle ne peut être réclamée que par le médecin qui assume la responsabilité principale du patient.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15626*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2) Visite de suivi courant

La visite de suivi courant est une visite à l'occasion de laquelle le médecin assure la gestion des problèmes courants du patient admis. Elle inclut la consultation sur place du dossier, des échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements qui s'imposent. Lorsque requis, elle comprend le contact avec le patient.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15627*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

3) Visite de suivi exigeant un examen

La visite de suivi exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants suite à un examen physique. Elle peut être réclamée lorsque l'examen clinique est rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un nouveau problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

Cette visite inclut au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.

Cette visite ne peut être réclamée le même jour que la visite de suivi courant.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1) 2), 3), ou 4) ou 2.03 c) 1) ou dans le cadre d'une clinique mobile visée au paragraphe 2.03 b) 3) de l'Annexe XXII de l'Entente générale peut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15628*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Inscrire* ***la date d'admission*** *dans le cas d'un patient admis ou* ***la date du rendez-vous*** *dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII (paragr. 2.03 P.G. 2.2.6 F).*

4) Visite de transfert

La visite de transfert est réalisée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité principale d'un patient déjà admis. Le médecin qui assume la responsabilité principale du patient suite à ce transfert procède à une visite et une évaluation auprès du patient qui inclut au besoin, l'examen du patient, la révision du dossier, le plan de réadaptation, de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

La visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou une journée fériée. Le médecin qui voit le patient peut alors réclamer une visite de suivi.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi.

AVIS **:** *Pour la visite de transfert, du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir le code de facturation* ***15629*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

5) Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il ne peut réclamer la visite d'évaluation. Il peut alors facturer la visite de suivi.

En plus de l'examen du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, du plan de réadaptation, de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Cette visite, avec les adaptations nécessaires, remplace l'examen ou la consultation que le médecin pourrait autrement réclamer lors de l'évaluation du patient inscrit en clinique externe visée aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1) 2), 3), ou 4) ou 2.03 c) 1) de l'annexe XXII de l'entente générale.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15630*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

AVIS **:** *Inscrire* ***la date d'admission*** *dans le cas d'un patient admis ou* ***la date du rendez-vous*** *dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII (paragr. 2.03 P.G. 2.2.6 F).*

6) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclamé pour la participation à des discussions de cas concernant un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste) et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé d'un patient. Les échanges doivent viser la condition du patient ou ses besoins.

Pour être ainsi visés, les échanges du médecin avec le personnel clinique ou les proches d'un patient concernant la condition ou l'état de ce patient doivent s'effectuer lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Dans le seul cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15631*** *et indiquer la durée de l'échange.*

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe visée aux paragraphes 2.03 a) 1), 2.03 b) 1) 2), 3), ou 4) ou 2.03 c) 1) ou dans le cadre d'une clinique mobile visée au paragraphe 2.03 b) 3) de l'Annexe XXII de l'Entente générale peut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS **:** *Inscrire* ***la date d'admission*** *dans le cas d'un patient admis ou* ***la date du rendez-vous*** *dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe reliée à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII (paragr. 2.03 P.G. 2.2.6 F).*

Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.

7) Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement

Ce service peut être réclamé pour les activités d'échanges ou le temps que le médecin consacre à l'élaboration et à la rédaction d'un protocole de soins ou d'une ordonnance collective à l'intention de personnes habilitées de l'établissement. Ces activités sont faites dans le but de favoriser la prestation de soins dans un cadre interprofessionnel. Celles-ci peuvent notamment avoir pour objet des médicaments, des traitements, des examens ou des soins.

Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **15632** et indiquer la durée de l'échange.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

8) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis dans un centre ou une unité visée. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15633, 15634** et **15635** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Inscrire :*

- l'heure de début du déplacement;

- l'élément de contexte **Séance différente** *pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la même période.*

2.2.6 G Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.04 de l'annexe XXII de l'entente générale

Les programmes, unités, services ou départements visés au présent paragraphe sont identifiés au paragraphe 2.04 de l'annexe XXII de l'entente générale.
Les modalités de rémunération paraissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 du préambule général pour les soins psychiatriques exclusivement. Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou une psychothérapie ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame ces services. Le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie et qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés, peut se prévaloir de la tarification des services décrits aux alinéas ci-dessous. Ces services s'appliquent exclusivement au médecin qui détient des privilèges en psychiatrie dans un établissement visé où sont dispensés des soins psychiatriques.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin qui choisit la nomenclature à l'acte pour les soins psychiatriques afin de confirmer l'attribution de privilèges en psychiatrie.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Annexe XXII*;*

- le secteur de pratique Psychiatrie : soins psychiatriques.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Les modalités s'appliquent également au médecin visé aux présentes lorsqu'il est appelé auprès d'un patient admis qui séjourne dans le service d'urgence d'un établissement visé où sont dispensés des soins psychiatriques.

AVIS **:** *Le médecin détenant des privilèges en psychiatrie qui doit se rendre au service d'urgence auprès d'un patient admis doit facturer les services psychiatriques rendus en tenant compte du type de visite effectuée.*

Utiliser le secteur d'activité **Section psychiatrique**.

AVIS **:** *Pour chacun des actes suivants,* ***à l'exception de l'échange interdisciplinaire codifié 08953****, inscrire la date d'admission du patient en établissement ou, s'il y a lieu, la date du rendez-vous dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe ou à l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques reliés à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII (paragr. 2.04 P.G. 2.2.6 G).*

Les modalités ne s'appliquent toutefois pas lorsqu'il s'agit d'un patient inscrit au service d'urgence. Dans un établissement visé où sont dispensés des services psychiatriques, le médecin doit alors réclamer les codes et les tarifs prévus pour les soins psychiatriques dans un service d'urgence (examen ou consultation).

1) Visite de prise en charge psychiatrique

La visite de prise en charge psychiatrique consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis pour des soins psychiatriques. Elle comprend l'examen psychiatrique du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, le cas échéant l'évaluation physique et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par séjour hospitalier d'un patient admis pour des soins psychiatriques et elle ne peut être réclamée que par le médecin qui assume la responsabilité principale des soins psychiatriques du patient.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi psychiatrique.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2 04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de prise en charge psychiatrique lors de l'évaluation initiale du patient dont il assurera le suivi ambulatoire dans ce milieu.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***08923*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2) Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique est une visite à l'occasion de laquelle le médecin assure la gestion des problèmes courants de santé mentale du patient admis, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient. Elle inclut la consultation sur place du dossier, des échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements qui s'imposent. Lorsque requis, elle comprend un contact avec le patient. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être réclamée par un médecin qui, le même jour, a effectué un examen psychiatrique, une intervention clinique ou toute autre visite de nature psychiatrique auprès du même patient. Elle peut être réclamée le même jour que les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient.
Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale ne peut facturer la visite de suivi psychiatrique.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **08933** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

3) Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen

La visite de suivi psychiatrique exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin procède à un examen, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient, qu'il assure le suivi du patient ou qu'il intervienne de façon ponctuelle. Elle peut être réclamée lorsque l'examen est rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un problème de santé mentale, initier ou prodiguer un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

AVIS **:** *Pour la première visite de suivi psychiatrique exigeant un examen d'un patient au cours d'une journée, voir le code de facturation **08913** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Cette visite inclut au besoin, l'examen physique du patient, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.
Le médecin consigne ses notes au dossier.
Le médecin qui doit revoir le patient suite à une visite de suivi psychiatrique exigeant un examen effectuée le même jour, et qui doit procéder à un autre examen en raison d'une modification de l'état de santé mentale du patient, peut alors facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen. Toute visite subséquente de suivi psychiatrique exigeant un examen effectuée la même journée est payée à un tarif moindre sauf si elle survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence.

AVIS **:** *Pour toute visite de suivi psychiatrique exigeant un examen subséquent à la première visite effectuée auprès d'un patient le même jour, voir le code de facturation **08942** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

*Pour une visite effectuée lors d'un déplacement d'urgence, utiliser le code de facturation **08913**.*

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen.

4) Visite de transfert psychiatrique

La visite de transfert psychiatrique est réalisée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité principale des soins psychiatriques d'un patient admis. Le médecin qui assume la responsabilité principale des soins psychiatriques du patient suite à ce transfert procède à une évaluation du patient. Son évaluation inclut, au besoin, l'examen psychiatrique du patient, un examen physique, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier. La visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou un jour férié. Le médecin qui voit le patient peut alors réclamer la visite de suivi psychiatrique ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen. Toutefois, de façon exceptionnelle, le médecin qui doit prendre charge du transfert d'un patient les samedi, dimanche ou un jour férié, peut facturer la visite de transfert le jour suivant un de ces jours exclus, à la condition qu'il assume toujours la responsabilité des soins psychiatriques du patient durant la semaine qui suit et qu'il effectue une visite auprès du patient ce jour suivant.

La visite de transfert ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes, exception faite du médecin qui se prévaut des honoraires fixes du mode mixte en association avec les honoraires fixes. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi psychiatrique ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen.

AVIS **:** *Pour la visite de transfert psychiatrique du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir le code de facturation* ***08943*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Lorsque la visite est faite exceptionnellement la fin de semaine ou un jour férié, le médecin peut facturer un jour suivant un de ces jours exclus selon les conditions susmentionnées.

5) Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi en santé mentale, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***08948*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation psychiatrique produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

En plus de l'examen psychiatrique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation psychiatrique, il ne peut réclamer la visite d'évaluation psychiatrique.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite d'évaluation psychiatrique lorsqu'il évalue un patient à la demande d'un médecin exerçant en soins de première ligne ou exerçant en établissement, dans les circonstances énoncées.

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

6) Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclamé pour la participation à des discussions de cas concernant les soins psychiatriques d'un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste), avec les intervenants en santé mentale du milieu communautaire ou avec un agent de probation ou un agent de police dans sa vocation communautaire et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé mentale d'un patient. Les échanges doivent viser la condition psychiatrique du patient ou ses besoins. Ne sont pas visés les échanges avec un professionnel dans le cadre d'un processus judiciaire ou en préparation d'un tel processus.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***08953*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Ce service vise notamment les échanges du médecin avec un proche du patient en vue de convenir du niveau d'intervention médicale, d'expliquer les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute visite visée aux présentes effectuée auprès du patient.

Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

AVIS **:** *Pour le code de facturation **08953**, indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

Lorsque le médecin est sur place au sein d'un établissement visé par les présentes, les échanges avec les proches du patient ou avec des intervenants en santé mentale du milieu communautaire (pouvant comprendre un médecin de famille ou un médecin spécialiste), peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.
Le médecin, dans le cadre des services dispensés dans une clinique externe visée aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale, peut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS **:** *Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.*

7) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis pour des soins psychiatriques. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.
Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient admis pour des soins psychiatriques lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **08966**, **08967** et **08968** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

AVIS **:** *Inscrire :*

- l'heure de début du déplacement;

- l'élément de contexte **Séance différente** *pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants ainsi que pour les services facturés au cours de la même période.*

2.2.7 Examen médical (agression sexuelle)

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

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

Constat médico-légal (agression sexuelle) :

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

2.2.7 A Forfait de déplacement (agression sexuelle)

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

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **19080**, **19081** et **19082** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.2.8 Examen externe d'un cadavre

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

2.2.9 Rémunération majorée

2.2.9 A Patient admis ou personne hébergée

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

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

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

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

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

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

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

Sont visés par cette disposition les visites, les examens psychiatriques, les consultations psychiatriques, le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence paraissant à l'onglet B et portant la mention « P.G. 2.2.9 A » ainsi que les traitements hyperbares y compris lorsqu'effectués à la clinique externe du centre hospitalier désigné. La constatation de décès (P.G. 2.4.1), le tarif global pour le déplacement d'urgence la nuit (P.G. 1.5 b) et 1.5 c)) et le transfert ambulancier (P.G. 2.4.9) sont également visés. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

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

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

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

i) Une majoration de 16 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

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

ii) Une majoration de 26 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

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

iii) Une majoration de 33 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services médicaux dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h;

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

iv) Une majoration de 16 % s'applique sur la rémunération au tarif de base des services dispensés sur place de 0 h à 8 h.

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

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

Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée. Le montant de ce supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 139,80 $ au 1er septembre 2018, de 154,80 $ au 1er octobre 2018 et de 156,40 $ au 1er octobre 2019. Ce supplément est divisible en heures. Il n'est pas sujet à l'application des majorations prévues ci-dessus.

AVIS **:** *Pour les services rendus de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié, inscrire le code de facturation* ***09791***.

Pour les services rendus de 8 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié, inscrire le code de facturation ***19953***.

Indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

S'il y a lieu, préciser le secteur d'activité **Service d'urgence CLSC réseau de garde**.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.3 PSYCHOTHÉRAPIE

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

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

La psychothérapie doit respecter les règles suivantes :

1. - établir un processus interactionnel structuré avec le client;

2. - procéder à une évaluation initiale rigoureuse;

3. - appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;

4. - s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

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

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

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

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

Pour le médecin qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement, le tarif de la première demi-heure est modulé selon que le patient est vulnérable ou non.

2.4 DIVERS

2.4.0 Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

2.4.01 Démarches du médecin accompagnateur consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments requis pour administrer l'aide médicale à mourir.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **15883** et **15884** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

*Les codes de facturation **15883** et **15884** liés au temps consacré à l'obtention et à la gestion des médicaments doivent être utilisés lorsque le processus est complété. Le médecin doit cumuler la durée totale menant à la démarche globale.*

Ces visites doivent être facturées une seule fois durant les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments.

2.4.02 Formulaire relatif à la demande d'aide médicale à mourir (partie 1) (médecin accompagnateur) : lorsque la demande du patient n'est pas finalisée. Le médecin reçoit la rémunération pour la rédaction du formulaire au CMDP ou au Collège des médecins.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15885** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.4.03 Formulaire relatif à la demande d'aide médicale à mourir (parties 1, 2 et 3) (médecin accompagnateur) lorsque la demande est finalisée. Le médecin reçoit la rémunération prévue pour la rédaction du formulaire et l'envoi du formulaire à la Commission de soins de fin de vie, au CMDP ou au Collège des médecins.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15886** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.4.04 Rapport de consultation (avis du second médecin). Le médecin reçoit la rémunération prévue pour la rédaction du formulaire qu'il verse au dossier du patient.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15887** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.4.05 Formulaire d'Avis de sédation palliative continue. Le médecin reçoit la rémunération prévue pour la rédaction du formulaire qu'il verse au dossier du patient.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15888** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

NOTE : À l'exception du paragraphe 2.4.05, l'ensemble des présents services bénéficient des modalités de mentorat décrites au paragraphe 2.2.6 B-1 du Préambule général.

2.4.1 Constatation de décès

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

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **00013, 00014, 00016, 00018, 15234** et **15266** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Utiliser l'élément de contexte **Séance différente** *si un examen est effectué avant l'examen requis pour constater le décès ou avant d'effectuer un examen externe du cadavre à la demande du coroner.*

Dispositions spécifiques à la constatation de décès à distance

- Dans un centre accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le médecin qui procède à distance à l'évaluation clinique d'un patient décédé peut se prévaloir de la rémunération prévue pour la constatation de décès à distance.

Il doit alors, s'il dresse également le constat de décès, autoriser le transport de la dépouille vers un salon 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.

Dans le cas où l'évaluation du décès à distance n'a pas donné lieu au constat du décès, un second médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au tarif pour la constatation du décès.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15264** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

- Dans un CHSLD, le médecin qui procède à distance à l'évaluation d'un patient hébergé 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 CHSLD. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le personnel infirmier du CHSLD et, le cas échéant, avec les membres de la famille du défunt.

Dans le cas où l'évaluation du décès à distance n'a pas donné lieu au constat du décès, un second médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au tarif pour la constatation du décès.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15889** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Peu importe le lieu où il se trouvait lors de l'évaluation à distance du décès, lors de la facturation, le médecin doit utiliser le numéro du CHSLD dans lequel il détient sa nomination, et non le lieu où se trouvait le patient.

- En CLSC, le médecin exerçant dans le cadre du programme de soins à domicile qui procède à distance à l'évaluation d'un patient décédé inscrit au programme de soins à domicile du CLSC 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 CLSC. La décision du médecin de dresser ou non le constat de décès doit résulter de ses échanges avec le personnel infirmier du CLSC et, le cas échéant, avec les membres de la famille du défunt.

Dans le cas où l'évaluation du décès à distance n'a pas donné lieu au constat du décès, un second médecin peut se prévaloir de la rémunération prévue au tarif pour la constatation du décès.

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15890** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Peu importe le lieu où il se trouvait lors de l'évaluation à distance du décès, lors de la facturation, le médecin doit utiliser le numéro du CLSC dans lequel il détient sa nomination, et non le lieu où se trouvait le patient.

2.4.1.1 Rédaction du bulletin de décès

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

Lorsque le décès a été constaté, sur place ou à distance, le médecin qui complète le bulletin de décès peut 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.

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

AVIS **:** *Voir le code de facturation **15265** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.4.2 Frais de kilométrage

Une indemnité de kilométrage est prévue pour le médecin qui se rend à domicile ou à l'hôpital, dans ce dernier cas pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement ou une césarienne. La distance se mesure à compter de 10 kilomètres du lieu principal de pratique du médecin que ce soit le cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement jusqu'au lieu de l'intervention. Dans le cas de visites à domicile en série, après la première visite à domicile de la journée, le point de départ est réputé être celui de la visite à domicile qui précède chaque nouvelle visite. Dans tous les cas, la distance est calculée dans un sens seulement.

Dans le cas du médecin qui exerce dans le cadre de la courte durée gériatrique en CHSGS ou en CHSLD, le lieu principal de pratique pour les fins du présent paragraphe est l'établissement en cause.

Une indemnité de kilométrage pour un déplacement de plus de soixante (60) kilomètres, à l'exclusion toutefois du déplacement décrit à l'alinéa précédent pour se rendre à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement vaginal ou par césarienne, fait l'objet d'une demande de considération spéciale.

Le médecin qui effectue, avec déplacement, l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner, peut aussi se prévaloir de cette mesure.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à l'acte, selon le mode mixte ou à honoraires fixes, utiliser une facture de frais de déplacement pour l'aller et une autre pour le retour et inscrire sur chacune :*

- le code facturation ***09991****;*

- le nombre de kilomètres effectués à l'aller (facture 1) et au retour (facture 2) diminué des 10 premiers kilomètres pour chacune de ces factures dans le champ Nombre de kilomètres à l'aller;

- l'élément de contexte **Aller** *ou* **Retour** *selon la situation;*

- l'élément de contexte précisant la nature du déplacement :

- **Visite rendue au domicile du patient**;
- **Déplacement à l'hôpital pour une parturiente dont le travail se termine par un accouchement**;
- **Déplacement pour faire l'examen externe d'un cadavre à la demande d'un coroner;**
- **Déplacement pour prodiguer les services d'aide médicale à mourir (ref 2.2.6 B-1).**

Lors de visites à domicile en série, remplir une facture pour l'aller en utilisant l'adresse du point de départ et celle du patient le plus éloigné, puis inversement pour la facture de retour vers le point d'arrivée, en diminuant chacune des factures des 10 premiers kilomètres.

Lorsque pour prodiguer les services d'aide médicale à mourir, le médecin doit se rendre dans une installation autre que celle où il exerce régulièrement et que le déplacement est de 10 kilomètres ou plus, il peut se prévaloir de l'indemnité de kilométrage prévue au paragraphe 2.4.2 du préambule général.

Il en est de même lors des démarches du médecin accompagnateur consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments requise pour administrer l'aide médicale à mourir.

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) pour le remboursement des frais de kilométrage et inscrire :*

- dans la section Frais de déplacement *:*

- *le code postal de départ et le code postal d'arrivée (le lieu d'intervention le plus éloigné),*
- *la distance totale unidirectionnelle diminuée des 10 premiers kilomètres jusqu'à concurrence de 59 kilomètres (60 kilomètres et plus, considération spéciale),*
- *le montant demandé (au tarif par kilomètre unidirectionnel selon l'Entente);*

- dans la section Renseignements complémentaires *:*

- Visite à domicile.

Pour tous les modes de rémunération et selon le mode de rémunération du médecin, pour chaque déplacement, inscrire les activités correspondant à l'indemnité de kilométrage facturée sur :

- la facture de services médicaux;

- la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215);*

- la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

2.4.3 Nouveau-né en santé

Un montant forfaitaire quotidien est payable le jour de la naissance et les deux (2) jours suivants pour l'ensemble des services médicaux dispensés, en centre hospitalier, à un nouveau-né en santé. Il comprend tous les examens dispensés ou interventions effectuées ainsi que les recommandations à l'un des parents et remplace la rémunération qui serait autrement payable pour ces services.

Ce montant forfaitaire n'est pas payable pour l'examen du nouveau-né effectué à la salle d'accouchement, par le médecin présent pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***15024*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

Le montant forfaitaire n'est payable qu'une seule fois par jour à l'égard d'un nouveau-né. Il ne s'applique pas au médecin appelé à intervenir pour prodiguer des soins immédiatement requis.

Lorsque l'état de santé d'un nouveau-né change entre le jour de la naissance et un jour subséquent, son état de santé (à savoir s'il s'agit d'un nouveau-né en santé ou non) s'évalue quotidiennement sans égard à l'état de santé du nouveau-né le jour subséquent ou précédent. Lorsque l'état de santé d'un nouveau-né change au courant d'une même journée de façon à exclure l'application de la rémunération forfaitaire, l'exclusion vise l'ensemble des soins prodigués par le même médecin au courant de la journée.

AVIS **:** *Si l'état du nouveau-né change au cours de la journée et que le même médecin doit le revoir, il ne peut facturer le montant forfaitaire prévu pour les soins du nouveau-né en santé. Il doit alors facturer tous les soins prodigués durant la journée avec chacun des codes de facturation appropriés.*

Si un autre médecin examine ce nouveau-né, il doit utiliser l'élément de contexte **Service médical immédiatement requis** *afin de préciser que les soins étaient immédiatement requis.*

2.4.4 Observation

Lorsqu'un patient, en raison de sa condition médicale, doit être gardé en observation à la clinique d'urgence, le médecin n'est rémunéré que pour les services médicaux qu'il a lui-même fournis.

2.4.5 Rémunération majorée

Une rémunération majorée est prévue pour une consultation, un examen, un examen à domicile lorsqu'ils sont dispensés à un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus.

2.4.6 Soins préopératoires, postopératoires et simultanés

Les soins préopératoires, postopératoires et simultanés sont régis par les dispositions pertinentes apparaissant, selon le cas, aux préambules particuliers de chirurgie, de chirurgie musculo-squelettique ou d'obstétrique.

2.4.7 Suppléments

2.4.7.1 Un supplément d'honoraires est prévu pour un examen, un examen à domicile, une visite ou une consultation effectués dans les conditions suivantes :

- le service médical est immédiatement requis;

- un déplacement est exigé du médecin pour la dispensation du service médical;

- ce déplacement ne coïncide pas avec celui que le médecin doit faire pour se rendre à l'établissement pour assumer une garde sur place ou effectuer sa tournée quotidienne, ou, en cabinet, pour tenir une séance régulière de consultation ou de visite.

A) Tous les jours, selon les plages horaires de 7 h à 16 h, de 16 h à 24 h ou de 0 h à 7 h :
- pour une visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie;
- pour un patient admis dans un établissement.

B) Le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h :
- pour un patient au cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement.

C) Tous les jours de 19 h à 7 h :

- pour une visite à domicile auprès d'un patient qui n'est pas en perte sévère d'autonomie.

2.4.7.2 Un supplément d'honoraires est également prévu pour un accouchement effectué le samedi, dimanche, les jours fériés ou de 19 h à 7 h tout autre jour. Il en va de même pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si un médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement et pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né du fait qu'il se fait remplacer par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique. Dans le premier cas, on retient l'heure de la naissance pour évaluer le droit au supplément. Dans les autres cas, on retient l'heure de prise en charge par le médecin consultant ou le médecin qui remplace le médecin qui se fait remplacer.

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

- ***06903, 06984*** *ou* ***06985*** *pour l'accouchement, selon l'heure de la naissance;*
- ***06986, 06987*** *ou* ***06988*** *pour l'ensemble des soins, selon l'heure de prise en charge par le médecin consultant;*
- ***06989*** *ou* ***06990*** *pour l'ensemble des soins, selon l'heure de prise en charge par le médecin remplaçant.*

Voir les codes de facturation ***06903, 06984, 06985, 06986, 06987, 06988, 06989*** *et* ***06990*** *sous l'onglet* Q – Obstétrique.

2.4.7.3 A Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une assistance chirurgicale effectuée le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de début de l'intervention chirurgicale. Le supplément d'honoraires est de 46 % de l'honoraire d'assistance chirurgicale.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical immédiatement requis** *et indiquer l'heure de début du service.*

Ce supplément d'honoraires équivalant à 46 % du tarif est également applicable aux actes chirurgicaux immédiatement requis posés par un médecin qui détient des privilèges complets dans une discipline chirurgicale. L'établissement transmet le nom du médecin admissible à cette disposition au comité paritaire qui en informe la Régie.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical immédiatement requis** *et indiquer l'heure de début du service*.

2.4.7.3 B Dans le cas d'un service médical immédiatement requis, un supplément d'honoraires est également prévu pour une anesthésie effectuée le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h. Pour avoir droit au supplément, on retient l'heure de la prise en charge. Le supplément d'honoraires est de 113 % pour les services dispensés tous les jours entre 0 h et 7 h et de 63 % pour les services dispensés les samedi, dimanche ou journée fériée de 7 h à 24 h ou tout autre jour de 19 h à 24 h.

À l'égard des services tarifés en unités, on établit comme suit les honoraires majorés :

- on majore le tarif des unités de durée pour le temps de l'intervention qui coïncide avec une plage horaire sujette au supplément.
- on majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise durant une plage horaire sujette au supplément.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical immédiatement requis** *et indiquer l'heure de début du service*.

2.4.7.3 C Certains services qui incluent en leur libellé un examen, une visite ou une consultation qui ne peut être autrement réclamé, sont réputés satisfaire aux dispositions du sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général quant à l'application des majorations prévues en horaires défavorables lorsqu'ils sont rendus en centre hospitalier auprès d'un patient admis en soins de courte durée. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention « P.G. 2.4.7.3 C ». Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

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

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

2.4.7.3 D Lorsqu'un déplacement d'urgence est requis pour effectuer un traitement hyperbare le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h, le médecin peut se prévaloir d'un supplément additionnel. Il est de 29,35 $ au 1er septembre 2018 et de 29,65 $ au 1er octobre 2019. Ce supplément additionnel n'est pas sujet à la majoration des alinéas précédents ou de l'annexe XX.

AVIS **:** *Le supplément doit être facturé le même jour que le traitement hyperbare (code de facturation* ***00837*** *ou* ***00839****).*
Voir le code de facturation ***20084*** *sous l'onglet* C – Actes diagnostiques et thérapeutiques.

2.4.7.4 Pour ce qui est de l'examen, de l'examen à domicile, de la consultation ou de la visite, seul le premier examen, la première consultation ou la première visite donne ouverture au supplément lors d'un déplacement.

2.4.7.5 Si un établissement comprend plusieurs pavillons, bâtiments, ou parties d'établissement, situés sur un même terrain, le fait d'aller de l'un à l'autre n'est pas réputé être un déplacement au sens de l'entente.

2.4.7.6 Pour fins d'application de l'Entente, sauf dispositions contraires, les jours fériés sont les suivants :

La Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâces, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint, le Lundi de Pâques, la Fête de Dollard et la Fête nationale.

AVIS **:** *Pour le médecin qui exerce en centre local de services communautaires, en gériatrie active ou en soins palliatifs dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, les jours fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.*

AVIS **:** ***En établissement****, les seules dates reconnues par la RAMQ comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la RAMQ par le directeur des services professionnels et hospitaliers* ***avant le 30 avril*** *de chaque année.*
Si aucun calendrier spécifique n'est transmis ***avant cette date****, c'est le calendrier des dates déterminées par la RAMQ qui est retenu.*
En cabinet*, c'est le calendrier des dates déterminées par la RAMQ qui est retenu. La période de référence est du 1er mai au 30 avril de l'année suivante.*
Voir les calendriers des jours fériés.

2.4.7.7 Un supplément d'honoraires est prévu, par séance, à titre de frais compensatoires, pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie. Il y a deux types de plateaux, soit mineur et principal et le supplément d'honoraires pour le plateau principal a deux valeurs différentes selon qu'il est utilisé ou non dans le contexte d'un avortement thérapeutique.

Pour le plateau principal (01098) il est de 36,65 $ au 1er septembre 2018 et de 37 $ au 1er octobre 2019, pour le plateau mineur (01099) le supplément d'honoraires est de 18,35 $ au 1er septembre 2018 et de 18,55 $ au 1er octobre 2019.

Le supplément d'honoraires pour le plateau principal (01100), applicable aux services d'avortements thérapeutiques est, à compter du 1er septembre 2018, de 23,50 $ et de 23,75 $ au 1er octobre 2019.

Sont visés par cette disposition les actes tarifés 2.4.7.7 A pour le supplément accordé pour le plateau principal (01098), 2.4.7.7 B pour le supplément accordé pour le plateau mineur (01099) et 2.4.7.7 C pour le supplément accordé pour le plateau principal pour les services d'avortements thérapeutiques (01100).

Ces suppléments ne sont pas assujettis aux dispositions relatives à la rémunération différenciée.

À cette fin, le Ministère, avec l'assentiment de la Fédération, transmet à la Régie de l'assurance maladie, la liste des codes d'acte visés par cette mesure.

AVIS **:** *Le supplément d'honoraires ne s'applique qu'aux chirurgies effectuées en cabinet privé.*
Inscrire le code de facturation :
- ***01098*** *pour les services portant la mention P.G. 2.4.7.7 A;*
- ***01099*** *pour les services portant la mention P.G. 2.4.7.7 B;*
- ***01100*** *pour les services portant la mention P.G. 2.4.7.7 C.*

2.4.7.8 (abrogé le 30 septembre 2013)

2.4.7.9 Un supplément est prévu lorsque la communication avec un patient adulte ou le parent d'un patient enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément s'applique en cabinet, à domicile et, pour un patient inscrit (non admis), en établissement.

2.4.8 Surveillance (voir le code 00080, sous l'onglet B)

- Le médecin qui doit veiller sur un patient en raison de la gravité de son état a droit au paiement d'un honoraire de surveillance.

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

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

- Une surveillance comporte une première période de trente (30) minutes qui n'est jamais rémunérée; si elle se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.

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

- Une période d'attente, telle l'attente d'un rapport ou l'attente préopératoire, ne constitue pas une surveillance.

2.4.9 Transfert ambulancier

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***09087*** *et* ***09246*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.4.9.1 Interétablissement

Il s'agit de la présence du médecin auprès d'un patient pendant un transfert ambulancier entre deux établissements ou deux installations du même établissement. Cette présence est rémunérée de la façon prescrite au présent sous-paragraphe.

Un transfert ambulancier interétablissement comporte une première période de trente (30) minutes; si le transfert se prolonge, chaque période additionnelle de quinze (15) minutes est rémunérée.

L'honoraire prévu pour ce transfert s'applique à l'aller; pour tenir compte de l'aller-retour, cet honoraire est doublé.

Nul autre honoraire n'est accordé pour les soins médicaux dispensés pendant ce transfert.

Un transfert ambulancier interétablissement peut comprendre un transfert ambulancier effectué entre une installation et un aéroport, ou toute autre gare d'embarquement, à destination d'une autre installation.

2.4.9.2 À partir du cabinet ou du domicile

À titre exceptionnel, lorsque la condition du patient nécessite la présence d'un médecin, les dispositions prévues au sous-paragraphe ci-dessus s'appliquent. Dans ce cas le médecin doit fournir les notes explicatives.

2.4.9.3 Forfait de déplacement

Le médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre établissement, est appelé à se déplacer pour se rendre à l'établissement afin d'effectuer lui-même ce transfert ou pour remplacer au service d'urgence le médecin qui effectue le transfert est compensé, pour ce déplacement, par un forfait dont le montant varie selon l'heure de son départ pour l'établissement.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **19047**, **19048** et **19049** sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.4.10 Téléconsultations

2.4.10.1 Consultations virtuelles en temps différé

Sans égard à son milieu de pratique, le médecin qui complète et transmet la documentation requise pour faire une demande de consultation virtuelle sécurisée en temps différé (asynchrone) par le biais de la plateforme de soins virtuels désignée par le MSSS prévue pour la télédermatologie et pour la gestion en douleur chronique pour un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire. Lorsque le temps requis pour compléter et transmettre la demande pour un même patient excède 15 minutes, le médecin se prévaut de deux montants forfaitaires.
Dans tous les cas, la demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu de son hébergement ou de son admission ou, lorsque le patient n'est pas hébergé ou admis, du lieu à partir duquel la demande a été transmise
Le montant de ce forfait est modulé selon que le service est effectué en cabinet ou en établissement.

AVIS **:** *Pour la communication dans le cadre de la télédermatologie, inscrire :*
*- le code de facturation **15895** (sans égard au nombre de patients inscrits);*
- l'heure de début et l'heure de fin de la rédaction de la téléconsultation.

Pour le mode de rémunération mixte, en plus des informations ci-dessus, se référer aux instructions de facturation à l'Annexe I de l'Annexe XXIII, selon la situation.

AVIS **:** *Pour la communication dans le cadre de la gestion en douleur chronique, inscrire :*
- le code de facturation ***15896*** *(sans égard au nombre de patients inscrits);*
- l'heure de début et l'heure de fin de la rédaction de la téléconsultation.

Pour le mode de rémunération mixte, en plus des informations ci-dessus, se référer aux instructions de facturation à l'Annexe I de l'Annexe XXIII, selon la situation.

2.4.10.2 eConsult

Sans égard à son milieu de pratique, le médecin qui communique avec un médecin spécialiste (à l'exclusion d'un spécialiste en médecine de famille) via la plateforme web sécurisée prévue pour le conseil numérique (eConsult) pour un patient dont il assure les soins peut se prévaloir d'un montant forfaitaire. Lorsque le temps requis pour compléter et transmettre la demande pour un même patient excède 15 minutes, le médecin se prévaut de deux montants forfaitaires.
Dans tous les cas, la demande de paiement doit faire état de l'identification du patient et du lieu de son hébergement ou de son admission ou, lorsque le patient n'est pas hébergé ou admis, du lieu à partir duquel la demande a été transmise
Le montant de ce forfait est modulé selon que le service est effectué en cabinet ou en établissement.

AVIS **:** *Pour la communication par conseil numérique (eConsult) avec un médecin spécialiste (à l'exception d'un spécialiste en médecine familiale), inscrire :*
- le code de facturation ***15894*** *(sans égard au nombre de patients inscrits);*
- l'heure de début et l'heure de fin.

2.4.11 Formulaire de demande d'autorisation de paiement de médicaments d'exception ou de patient d'exception

Le médecin qui remplit et transmet à la Régie ou à un tiers qui applique des règles comparables à celle du Régime général d'assurance médicaments pour un patient le formulaire relatif à l'autorisation de paiement de médicaments d'exception ou de patient d'exception en y indiquant les informations prévues au formulaire peut se prévaloir du tarif prévu pour ce service. Le tarif s'applique autant à l'autorisation initiale qu'aux renouvellements.
Dans le cas d'assureurs privés ou d'un régime fédéral appliquant des règles comparables à celle du Régime général d'assurance médicaments, la demande peut viser un médicament qui fait l'objet de codification par indication pour la Régie, lorsque l'assureur ou le régime exige une telle demande de préautorisation.
Dans le cas de la transmission à la Régie, pour donner droit à la rémunération la transmission doit se faire par les services en ligne à compter d'une date à être fixée par les parties négociantes et communiquée à la Régie par lettre administrative.

70017	Demande d'autorisation ou de renouvellement de médicament d'exception transmise à la Régie	36,00
70018	Demande d'autorisation de patient d'exception transmise à la Régie	80,00
70019	Demande d'autorisation ou de renouvellement de médicament d'exception transmise à un assureur privé ou à un régime fédéral	36,00
70020	Demande d'autorisation de patient d'exception transmise à un assureur privé ou à un régime fédéral	80,00

2.5 PRÉSOMPTION

Le médecin qui, à la demande d'un médecin spécialiste, est amené à dispenser un service médical prévu à l'entente comme devant être dispensé à la demande d'un autre médecin est, pour satisfaire aux exigences des préambules général et particuliers, réputé avoir agi à la demande d'un médecin au sens de l'entente.

2.6 INDICATEURS ADMINISTRATIFS

Les numéros de codes d'acte et de modificateurs apparaissant à la nomenclature des actes ou aux divers préambules sont des indicateurs administratifs qui relèvent de l'autorité exclusive de la Régie. Celle-ci doit informer le médecin de tout ajout ou de toute modification à ceux-ci.

2.7 CONSEIL GÉNÉTIQUE OU GÉNIQUE

Le conseil génétique est l'évaluation du patrimoine génétique d'une personne ou d'un couple afin de les conseiller adéquatement, sur un plan génétique et étiologique. Le conseil génétique est individuel ou collectif. Il est dit collectif lorsqu'il est effectué au bénéfice d'un couple.

Le conseil génique est l'évaluation du patrimoine génique d'une personne afin de la conseiller en regard de sa susceptibilité particulière à certains problèmes de santé en raison de son patrimoine génique et des interventions préventives ou thérapeutiques appropriées. Le conseil génique est individuel.

Le conseil génétique comprend les rencontres et interview avec un membre de toute famille concernée ainsi que, le cas échéant, l'examen médical de cette personne, lorsque la connaissance de l'état de santé de celle-ci est nécessaire à l'évaluation génétique de la personne ou du couple au bénéfice desquels le conseil génétique est effectué.

Le conseil génétique ou génique comprend également la cueillette et l'évaluation des données familiales afin d'établir un diagnostic sur le patrimoine génétique, construire la généalogie et évaluer les risques susceptibles d'intéresser la personne ou, dans le cas du conseil génétique, le couple en cause.

Le conseil génétique comprend enfin l'information et les différentes alternatives qui se présentent à la personne ou au couple concernés, afin de contrôler, le cas échéant, la situation qui se présente sur le plan génétique, de telle sorte que la personne ou le couple visés puissent prendre une décision médicalement éclairée face à cette situation.

Le conseil génique comprend enfin l'information et les différentes alternatives qui se présentent à la personne concernée, afin de contrôler, surveiller ou traiter la situation qui se présente sur le plan génique, de façon à ce que la personne visée puisse prendre une décision médicalement éclairée face à cette situation.

Le conseil génétique ou génique est rémunéré lorsqu'il est effectué dans un établissement qui offre un programme en génétique ou qui fait appel à la médecine génétique, et qui, dans tous les cas, est désigné par accord des deux parties. Cette rémunération est octroyée à la demi-heure selon les modalités établies au tarif. Cette même rémunération couvre tous les services médicaux dispensés lors d'une même visite.

Le conseil génique ne comprend pas les évaluations périodiques requises suite au conseil génique, d'une personne qui, en raison de son patrimoine génique, est identifiée comme présentant une susceptibilité accrue à certaines maladies.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements désignés à l'annexe I de l'Accord nº 126.*

2.8 PATIENT DE SOIXANTE-DIX (70) ANS OU PLUS DANS UN SERVICE D'URGENCE

AVIS **:** *Le paragraphe 2.8 a été abrogé le 15 mars 2003 par l'*Amendement nº 83.

2.9 PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

Dans un centre hospitalier de courte durée, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de deux (2) ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention P.G.2.9 (MOD=060).

2.10 CONSULTATION EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Le médecin qui répond à une demande de consultation en éthique clinique possède une formation en éthique médicale et n'est pas impliqué directement dans le dossier du patient visé.

Cette consultation, outre les éléments de la consultation majeure prévue à la nomenclature des actes, comprend :

1. la révision approfondie de tous documents légaux ayant rapport à la cause (i.e testaments biologiques, procuration permanente pour les soins de santé, etc.);

2. le rapport officiel écrit de la consultation, documentant :

- identification et explication des dilemmes d'éthique existants;
- référence aux faits pertinents à la cause qui touchent le côté médical, légal et social;
- recommandation par ordre de priorité des plans spécifiques de gestion clinique;
- justification élaborée de ces recommandations basée sur une analyse éthique raisonnée et faisant référence à la littérature médicale, légale et d'éthique médicale.

La consultation en éthique comprend également, pour le médecin, la responsabilité de coordonner et de faciliter une réunion de suivi de l'équipe de gestion où tous les participants peuvent discuter du rapport de consultation et finaliser le plan de gestion.

La consultation en éthique clinique est rémunérée lorsqu'il y a réalisation des conditions suivantes :

a) la consultation est effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier désigné par accord des parties;

b) le médecin qui effectue la consultation est agréé par le comité d'éthique de l'établissement visé.

AVIS : *Voir la* liste des installations désignées pour la rémunération de la consultation en éthique clinique (P.G. 2.10 de l'Annexe V) Accord 172.

La rémunération de la consultation en éthique clinique ne couvre pas la rémunération des entrevues en profondeur avec les personnes pertinentes incluant :

- un membre de la famille;
- un proche;
- les membres de l'équipe multidisciplinaire incluant médecin traitant, médecins appelés en consultation, résidents, infirmiers, travailleurs sociaux, nutritionnistes, porte-parole des malades, représentant de la pastorale, et administration;
- rencontre additionnelle avec le patient.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation* ***00017, 00019, 08906*** *et* ***08909*** *sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite.

2.11 ACTES SPÉCIFIQUES AUX SOINS INTENSIFS

2.11.1 Induction de l'hypothermie thérapeutique

L'induction de l'hypothermie thérapeutique est effectuée à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens suite à certains cas d'arrêt cardiaque ou d'accident neurologique grave de façon à réduire artificiellement et maintenir la température corporelle d'un patient à moins de 34^0 C, généralement pour une période de vingt-quatre (24) heures. Les examens requis et tout autre service médical dispensé par le médecin pour évaluer l'atteinte et le maintien de la température visée au cours des douze (12) premières heures sont inclus. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes. Ce code peut être réclamé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée et, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens*.

2.11.2 Installation pour ventilation en position ventrale

L'installation pour ventilation en position ventrale est effectuée à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens lorsque la ventilation mécanique soutenue est requise mais que la ventilation en position dorsale est associée à des pressions de pointe très élevées. Il comprend le positionnement initial du patient de même que les examens requis et tout autre service médical dispensé par le médecin au cours des douze (12) premières heures de ventilation dans cette position. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes. Ce code peut être facturé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée et, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens*.

2.11.3 Mesure de la tension intra-abdominale

Mesure à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens de la tension intra-abdominale au moyen d'une sonde intra-vésicale lorsque la situation clinique du patient fait soupçonner un syndrome de compartiment abdominal. La pose du cathéter intra-vésical, lorsque requise, est comprise. Ce code peut être facturé un maximum d'une fois par séjour du patient à l'unité de soins intensifs ou de soins coronariens.

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée et, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens*.

ANNEXE I DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

ACTES INCLUS

Est comprise dans les honoraires de l'examen, de la consultation ou des services médicaux qui les remplacent ainsi que de tout autre service médical associé, la rémunération des services médicaux énumérés ci-dessous.

ablation des points de suture ou des agrafes
ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)
administration et interprétation des tests diagnostiques suivants :
- analyse d'urine, sans microscopie
- glycémie, par méthode simple qualitative
- hémoglobine, par méthode simple qualitative
- mycose test
- P.P.D. (purified protein derivative)
- test à la tuberculine
- toute autre analyse par méthode simple, sauf celle spécifiquement prévue au tarif

allongement du frein du prépuce
androscopie
application de pâte d'unna
appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive
aspiration de la trachée sous vision directe
aspiration pour otite séreuse, unilatérale

biomicroscopie oculaire
biopsie du pénis
biopsie du scrotum
blocage nerf honteux, uni ou bilatéral
blocage paracervical
botte d'unna
brûlure simple (1er degré), traitement et débridement

calibrage de l'urètre
cannulation de canaux galactophores pour reperméabilisation
cardioversion chimique
cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif
cautérisation du cordon ombilical
changement de canule de trachéotomie
changement de cathéter de gastrostomie
changement de cathéter suprapubien ou de sonde de cystostomie
changement de sonde d'urétérostomie cutanée
changement de sonde de néphrostomie
chimiothérapie d'une lésion cutanée
correction de symphyse des grandes et petites lèvres sans anesthésie générale
cure d'hyposensibilisation, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
cryothérapie d'une lésion
culdoscopie

débimétrie (débit de pointe)
détorsion manuelle de cordon spermatique
dilatation d'urètre chez la femme
dilatation du col
dilatation du prépuce

dilatation du sphincter anal sans anesthésie
dilatation du vagin sous anesthésie
dilatation ou irrigation de la voie lacrymale

électrorétinographie, technique simple
enlèvement de mèches vaginales
enlèvement de plâtre (sans fracture ni luxation)
épilation des cils
épreuve de Schirmer (hyposécrétion lacrymale)
épreuve pour pacemaker implanté sous électrocardiogramme
épreuves de fonction respiratoire :
- analyse de gaz artériels et de l'équilibre acidobase, toute technique
- analyse des tensions gazeuses de l'air alvéolaire
- bronchospirométrie (volumes, ventilation en oxygène pour chaque poumon ou chaque lobe)
- évaluation régionale de la ventilation et de la perfusion au moyen de substances inhalées ou injectées
- oxymétrie et saturation en oxygène toute technique
- ventilation et consommation d'oxygène

épreuves orthostatiques
étude de la transmission neuromusculaire
étude du chimisme gastrique (intubation et interprétation)
étude du sperme
étude simple de la vision des couleurs
évaluation de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque
examen à la lampe à fente
examen externe du globe oculaire et de ses annexes, détermination simple du champ visuel
examen gynécologique avec cautérisation ou conisation ou électroconisation avec anesthésie
examens vestibulaires (bilatéral) :
- épreuves cervicales
- épreuves de la poursuite
- épreuves positionnelles
- épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie)

exérèse de cathéter de dissection veineuse
exérèse de cérumen
exérèse de tube de drainage, oreille moyenne
exérèse de varicocèle par voie scrotale
exérèse d'un corps étranger intra-vaginal
exophtalmométrie
exploration du contenu scrotal
extraction de bague (acte simple)
extraction simple de stérilet

fixation d'un drain
fracture d'apophyse épineuse ou transverse, traitement conservateur
fracture du crâne, traitement conservateur
funduscopie, sauf autrement prévu au tarif

grattage, pelage, taillage de callosités (lorsqu'effectué en établissement ou au bénéfice d'un patient âgé de moins de soixante-dix (70) ans)
immobilisation par appareil ou orthèse préfabriqués commercialement incluant notamment : collet cervical, bandage élastique ou adhésif, écharpe, etc.
incision latérale ou dorsale du prépuce

inhalothérapie
injection de substance de contraste :
- cholangiographie par injection intraveineuse
- cholangiographie par tube en T
- déférentographie
- échographie
- gynécographie
- orbitographie
- pariétographie
- pelvigraphie
- pyélographie I.V.
- tomographie axiale
- vaginographie
- voies urinaires pour urétérographie

injection intracaverneuse de papaverine
injection pour prurit anal
injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
insertion de pessaire
insertion de prothèse testiculaire
insertion naso-gastrique de tubes (Levine, alimentation, etc.)
insertion de tiges laminaires;
installation de l'équipement de l'inhalothérapie;
installation et contrôle de phonographie et de l'ECG du foetus
installation d'un tube de gavage à long terme
insufflation tubaire
irrigation de l'oeil
irrigation et enlèvement du drain

laryngoscopie à suspension, sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie au microscope sans anesthésie ou sous anesthésie locale;
laryngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale
laryngoscopie indirecte sans biopsie
lavage bronchique
libération du frein de la langue pour un patient de deux (2) ans et moins

manipulation pour épicondylite (tennis elbow)
manoeuvre d'Epley
manométrie ano-rectale (sauf pour une pathologie digestive)
massage prostatique
mesure de la tension veineuse centrale
mesure de la vitesse circulatoire
mise en place d'une mèche dans un kyste déjà drainé
myringotomie avec mise en place d'un tube de drainage sans microscopie

nettoyage de l'oreille externe et moyenne

ophtalmoscopie
orbitographie avec substance de contraste

pansement de moins de vingt (20) centimètres carrés
pharyngogramme avec substance de contraste
phonocardiographie
ponction ou aspiration biopsique d'hydrocèle

ponction de sang dans un cathéter
pose d'une mèche dans le conduit auditif externe
prélèvement d'une homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire et thoracique
prélèvement de sécrétions
prélèvement sanguin capillaire

réduction manuelle de torsion testiculaire
réduction manuelle d'hernie inguinale
réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sans anesthésie
réflexogramme achilien avec kinomètre
réfraction

taillage des ongles d'orteil
tamponnement nasal antérieur par compression simple
test à la lampe de Wood
test de confrontation
test de tolérance à l'eau
tomographie simple
tonométrie simple
traction pour scoliose, type Cotrel

vectocardiogramme
ventriculoscopie

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

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

AVIS **:** *L'examen optométrique est couvert par la RAMQ pour la personne assurée âgée de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour la personne qui présente un carnet de réclamation valide délivré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.*

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 (RLRQ, chapitre C-24.2)
- Articles 28 1, 2, 3, 44 2, 45 2 et 46 2 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24.2, r. 34)

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 (RLRQ, chapitre C-24.2)
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (RLRQ, chapitre C-24 2, r. 34)

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

Examen médical ou optométrique requis par la Société d'assurance automobile du Québec pour l'obtention d'un permis de conduire de la classe 4B.
Examen médical ou optométrique que peut exiger la Société d'assurance automobile du Québec pour le titulaire d'un permis autorisant la conduite d'un autobus ou d'un minibus.

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (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;
- Agent des services correctionnels;
- Gardes du corps chauffeurs;
- Contrôleurs routiers;
- Pilotes d'aéronefs;
- Certains postes de cadres intermédiaires, soit ceux reliés à la conservation de la faune et à la surveillance en établissement de détention.
- *Loi sur la fonction publique* (RLRQ, chapitre F-3.1.1)

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

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

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

- Article 207 de la *Loi sur l'instruction publique pour les autochtones cris, inuits et naskapis* (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 sur la police* (RLRQ, chapitre P-13.1)
- *Règlement sur les normes d'embauche des agents et cadets de la Sûreté du Québec et des corps de police municipaux* (R.R.Q.,C.P-13,r.14)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Loi sur la qualité de l'environnement* (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 du travail* (RLRQ, chapitre S-2.1).
- Article 2 du *Règlement sur le certificat médical des ouvriers* (R.R.Q.,c.S-2.1,r.3).

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

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

- *Loi sur la santé et la sécurité du 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 du 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-4.2).
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

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

1. la constatation de décès;

2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;

3. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la protection du malade mental* (chapitre P-41);

4. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la curatelle publique* (RLRQ, chapitre C-80);

5. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*;

6. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la Sécurité du revenu* (RLRQ, chapitre S-3.1.1) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, en vertu de l'article 64 de cette loi;

7. l'examen exigé en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (RLRQ, chapitre P-34.1).

SERVICES FOURNIS PAR UN MÉDECIN RÉSIDENT DANS L'ÉTABLISSEMENT OÙ IL COMPLÈTE SON STAGE DE FORMATION

Un service fourni par un médecin qui est en stage de formation pour l'obtention d'un premier certificat de spécialiste n'est un service assuré que s'il est fourni dans un établissement autre que celui où il est en stage ou pour un conseil régional. Dans ce dernier cas, une attestation doit être fournie à la Régie.

En d'autres termes, les services qu'un tel médecin rend à titre de médecin omnipraticien dans un établissement où il est en stage, en clinique, au cabinet, à domicile, ne sont pas assurés. Il est alors tenu d'aviser la personne assurée au moyen de la formule prévue à cette fin, que les services qu'il lui rend ne sont pas assurés. Il va de soi que le coût de ces services est défrayé par la personne assurée qui ne peut en obtenir remboursement de la Régie.

MODALITÉS DE FACTURATION DES FORFAITAIRES À L'ACTE

AVIS **:** *Plusieurs ententes particulières comportent des instructions de facturation à l'acte notamment en ce qui concerne certains montants forfaitaires.*

Voir les instructions de facturation relatives à chaque entente particulière sous l'onglet Ententes particulières *de la* Brochure n° 1.

ENTENTES PARTICULIÈRES :

- relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins de courte durée, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs;

- ayant pour objet la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;

- relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré;

- relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée;

DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC NI AU CANADA

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

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

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

IMPORTANT

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

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

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

B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

4. INFORMATION

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

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

Télécopieur : 418 646-3492

DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

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

B) Un résumé du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

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

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

Télécopieur : 418 646-3492

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

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

Adresse des provinces et des territoires.

ALBERTA
Alberta Health and Wellness
10025 Jasper Avenue
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE
Medical Services Commission
1515 Blanshard Street
P.O. Box 1600
Victoria (C.B.) V8W 2X9
Téléphone : 250 387-6121
Appels sans frais : 1 800 663-7867

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD
Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road
P.O. Box 3000
Montague (I.P.E.) C0A 1R0
Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA
Commission des services de santé du Manitoba
300 rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK
Ministère de la santé et des services communautaires
520, rue King, 3e étage, édifice Carleton
Case postale 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : 506 457-4800

NUNAVUT
Health Insurance Programs
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut
Bag 003
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
Téléphone : 867 645-8004

ONTARIO
Ministère de la santé et des soins de longue durée
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Attention : Claims manager
Téléphone : 613 548-6240 ou 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN
Saskatchewan Health
T.C. Douglas Building
3475, Albert Street
Régina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone : 306 787-3251

TERRE-NEUVE ET LABRADOR
Newfoundland Medical Care Commission
20 High Street
P.O. Box 5000
Grand Fall-Windsor (Terre-Neuve) A2A 2Y4
Téléphone : 709 292-4000

TERRITOIRES DU NORD-OUEST
Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office
2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9
Inuvik (T.N.O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661 0830

NOUVELLE-ÉCOSSE
Medical Services Insurance (M.S.I.)
P.O. Box 500, 2nd Floor
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1
Téléphone : 902 468-9700

YUKON
Department of Health and Social Services
Health Services Branch
P.O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : 867 667-5202

TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES

AVIS **:** *La période de référence retenue par la RAMQ est du 1er mai au 30 avril.*

Voir le paragraphe 2.4.7.6 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte *et les calendriers des jours fériés*.

B - CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE

AVIS **:** *Consulter les tableaux synthèses des codes de facturation et des tarifs de l'onglet* B – Consultations, examens et visites.

AVIS **:** *Voir le préambule général.*

Les numéros des règles s'appliquant aux services facturés sont indiqués en référence près du titre principal de chacune des sous-sections.

15188 supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète, cabinet, domicile, établissement pour un patient inscrit 27,25

NOTE : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique.

En cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement

AVIS **:** *Le médecin exerçant dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré ne peut se prévaloir de cette nomenclature. Il peut toutefois en bénéficier s'il rend des services dans un autre secteur.*

AVIS **:** *En CLSC et en GMF-U en établissement, les actes ci-dessous sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte.*

AVIS **:** *Seules les visites suivantes peuvent être facturées durant une garde en disponibilité, conformément au paragraphe 2.2.6 A du préambule général :*
- Visite ponctuelle mineure;
- Visite ponctuelle complexe;
- Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion;
- Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion;
- Visite à domicile du patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs.
Les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence sont également permis durant une période de garde en disponibilité.

AVIS **:** *Pour la visite à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet, en CLSC ou en GMF-U :*

- utiliser l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**, *excepté pour les visites dont le patient est en perte sévère d'autonomie et dont le libellé en fait déjà mention (codes de facturation* ***15781*** *à* ***15784****)*;

- inscrire le numéro de cabinet, le code de localité ou le numéro du lieu habituel de pratique.

Visites sur rendez-vous (patient de moins de 80 ans)

Patient non vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

1580 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

1	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	85,75 64,50

1580 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

2	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	99,40 74,75

Visite de suivi

1580 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

3	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	42,85 32,25

1580 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

4	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	49,15 36,95

Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

AVIS **:**

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

1580 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

5	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	132,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	99,90

1580 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

6	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	151,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	113,65

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

1580 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

7	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	85,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	64,50

1580 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

8	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	97,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	73,55

Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

1580 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

9	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	85,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	64,50

1581 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

0	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	97,75
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	73,55

Visite de suivi de grossesse

1581 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

1	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	50,20
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	37,75

1581 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

2	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	42,85

Prise en charge et suivi pédiatrique

Visite périodique pédiatrique

1581 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

3	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	66,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	50,30

1581 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

4	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	75,85
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	57,00

Patient vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

1582 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

1	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	96,35
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	72,65

1582 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

2	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	110,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	82,90

Visite périodique

1581 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

9	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	96,35
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	72,65

1582 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

0	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	112,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	84,80

Visite de suivi

1582 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

3	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	53,50
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	40,50

1582 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

4	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	59,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	45,20

Prise en charge et suivi de grossesse (patiente inscrite ou non inscrite)

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel la patiente est inscrite ou par un médecin du même groupe de pratique.*

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

AVIS **:** .

Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.

1582 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

5 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 143,40

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 108,05

1582 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

6 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 161,75

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 121,85

Visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence à un autre médecin durant le premier trimestre pour assurer le suivi

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

1582 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

7 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 96,35

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 72,65

1582 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

8 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 108,40

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 81,75

Visite de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

1582 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

9 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 96,35

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 72,65

1583 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

0 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 108,40

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 81,75

Visite de suivi de grossesse

1583 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

1 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 60,80

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 45,95

1583 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

2 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 67,60

En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 51,10

Prise en charge et suivi pédiatrique

Visite périodique pédiatrique

1583	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
3	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	77,55
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	58,55
1583	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
4	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	86,45
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	65,20

Visites sur rendez-vous (patient de 80 ans ou plus)

Patient non vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

1581	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
5	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	101,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	76,55
1581	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
6	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	118,50
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	89,15

Visite de suivi

1581	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
7	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	50,65
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	38,15
1581	Clientèle inscrite de 500 patients ou plus	
8	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	58,25
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	43,80

Patient vulnérable inscrit

Visite de prise en charge

1583	Clientèle inscrite de moins de 500 patients	
5	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	112,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	84,80

1583 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

6	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	129,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	97,30

Visite périodique

1583 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

9	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	112,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	84,80

1584 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

0	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	129,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	97,30

Visite de suivi

1583 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

7	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	61,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	46,30

1583 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

8	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	68,85
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	51,95

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit)

Patient non vulnérable

Visite ponctuelle mineure

1576 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

5	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	20,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	15,30

1576 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

6	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	23,55
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	17,70

Visite ponctuelle complexe

1577 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

3	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	40,80
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	30,65

1577 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

4	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	47,05
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	35,40

Patient vulnérable

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.*

Visite ponctuelle mineure

1576 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

7	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	31,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	23,55

1576 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

8	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	34,15
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	25,90

Visite ponctuelle complexe

1577 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

5	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	51,40
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	38,85

1577 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus

6	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	57,65
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	43,65

Visites sans rendez-vous, ou sur rendez-vous pour un patient non inscrit (patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit)

Patient non vulnérable

Visite ponctuelle mineure

1576 Clientèle inscrite de moins de 500 patients

9	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	24,25
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	18,25

1577 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
0 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 28,05
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 21,05

Visite ponctuelle complexe

1577 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
7 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 48,50
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 36,45

1577 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
8 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 56,05
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 42,15

Patient vulnérable

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.*

Visite ponctuelle mineure

1577 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
1 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 34,90
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 26,45

1577 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
2 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 38,65
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 29,30

Visite ponctuelle complexe

1577 Clientèle inscrite de moins de 500 patients
9 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 59,10
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 44,65

1578 Clientèle inscrite de 500 patients ou plus
0 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet 66,65
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 50,35

Visites à domicile

Patient non vulnérable

Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie

1578 Premier patient
1 133,25

1578 Patient additionnel en perte sévère d'autonomie
2 102,55

Patient vulnérable

Visite d'un patient en perte sévère d'autonomie

1578 Premier patient
3 143,85

1578 Patient additionnel en perte sévère d'autonomie
4 113,15

AVIS **:** *Les codes de facturation **15781**, **15782**, **15783** et **15784** pour la visite à domicile doivent être utilisés seulement pour le premier, le deuxième ou le troisième patient vu sous un même toit.*

Le cas échéant, pour préciser qu'il s'agit d'un déplacement subséquent et se prévaloir à nouveau de la visite à domicile pour le patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs au cours d'une même journée, utiliser l'élément de contexte **Déplacement au domicile suivant – Patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatif à partir du deuxième domicile**.

À partir du quatrième patient, la visite à domicile se facture selon la nomenclature habituelle en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement avec l'élément de contexte **Visite rendue au domicile du patient**.

AVIS **:** *Le tarif pour le patient vulnérable peut être facturé par le médecin auprès duquel le patient est inscrit ou par un médecin du même groupe de pratique.*

Visites sur rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)

Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint en santé mentale

0881 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en
9 cabinet 99,40
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 74,75

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

Visite de suivi conjoint en santé mentale

0884 En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en
8 cabinet 73,20
En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U 55,05

Visite de prise en charge d'un problème musculo-squelettique

0877 En cabinet 99,40
5 En CLSC 74,75

Visite de suivi d'un problème musculo-squelettique

0877 En cabinet 49,15
6 En CLSC 36,95

Visite d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion

0877	En cabinet	99,40
7	En CLSC	74,75

Visites sur rendez-vous ou sans rendez-vous (patient inscrit ou non inscrit, sans égard à l'âge)

Visite d'évaluation d'un problème mineur pour donner une opinion

1578	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en	
9	cabinet	40,60
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	40,60

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion

1579	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en	
0	cabinet	63,00
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	63,00

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

AVIS **:** *Pour une communication pour une personne assurée, inscrire :*

- son numéro d'assurance maladie;

- le code de facturation approprié;

- le numéro du lieu où la communication a été effectuée.

Utiliser une ligne de facture par communication. Si plusieurs communications sont effectuées le même jour pour la même personne assurée, utiliser l'élément de contexte **Séance différente**.

Communications

Communication avec un médecin spécialiste

1584	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
1	En cabinet	29,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	22,00
1584	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
2	En cabinet	29,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	22,00
1584	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
3	En cabinet	29,30
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	22,00

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15841**, **15842** et **15843**, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin avec qui la communication a été faite ou son prénom, son nom et sa profession.*

Communication avec d'autres professionnels de la santé

1584	Clientèle inscrite de 500 à moins de 1 000 patients	
4	En cabinet	20,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	15,75
1584	Clientèle inscrite de 1 000 à moins de 1 500 patients	
5	En cabinet	20,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	15,75
1584	Clientèle inscrite de 1 500 patients ou plus	
6	En cabinet	20,90
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	15,75

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15844**, **15845** et **15846**, indiquer le numéro du professionnel avec qui la communication a été faite ou son prénom, son nom et sa profession.*

Pour les infirmières autres que les IPSPL, les inhalothérapeutes, les diététiciennes et les diététiciens, indiquer le type de profession Autres.

Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence à domicile, en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement

(réf. : préambule général règle 2.4.7.1)

NOTE **:** les suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence ne peuvent pas être réclamés durant une période au cours de laquelle le médecin est rémunéré selon les modalités du mode de rémunération mixte en CLSC ou en GMF-U en établissement.

1584	période de 7 h à 16 h en cabinet	52,30
7	En CLSC ou en GMF-U en établissement	39,35
1584	période de 16 h à 24 h en cabinet	78,45
8	En CLSC ou en GMF-U en établissement	59,00
1584	période de 0 h à 7 h en cabinet	104,60
9	En CLSC ou en GMF-U en établissement	78,65

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15847**, **15848** et **15849**, voir le paragraphe 2.2.6 A 16) du préambule général.*

Psychothérapie (individuelle)

(réf. : préambule général, règle 2.3)

Psychothérapie individuelle

première période de trente (30) minutes

15785	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	59,70
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	49,75

période supplémentaire de quinze (15) minutes

15786	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	29,85
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	24,87

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15785** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes supplémentaires suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15786** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée de la période supplémentaire. La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la durée supplémentaire. Il faut distinguer l'heure de début de chacun des services pour que leurs périodes ne se chevauchent pas.*

Psychothérapie (collective)

(réf. : préambule général, règle 2.3)

Psychothérapie collective

première période de trente (30) minutes

15787	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	59,70
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	49,75

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15787** et inscrire l'heure de début du service.*

Voir la section Traitement collectif *du* Guide de facturation - Rémunération à l'acte.

période supplémentaire de quinze (15) minutes

15788	En cabinet ou à domicile en lien avec les activités du médecin en cabinet	29,85
	En CLSC ou en GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	24,87

AVIS : *Pour les minutes supplémentaires suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15788** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée de la période supplémentaire de la thérapie.*

La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la durée supplémentaire de la thérapie.

Il faut distinguer l'heure de début de chacun des services pour que leurs périodes ne se chevauchent pas.

Voir la section Traitement collectif *du* Guide de facturation – Rémunération à l'acte.

CONSULTATION (patients de moins de 70 ans)

(réf. : préambule général, règle 2.1, 2.2.9 A et 2.2.9 B)

00061	mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	41,85
15656	mineure d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	122,00
	AVIS **:** *À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*	
00060	ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	61,40
15657	ordinaire d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	122,00
	AVIS **:** *À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*	
00062	majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	85,35
15658	majeure d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	122,00
	AVIS **:** *À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*	
08800	psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	61,95
08802	psychiatrique ordinaire d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	122,00
08803	psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	85,40
08805	psychiatrique majeure d'urgence avec déplacement, en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	113,75

AVIS **:** *En CLSC ou en GMF-U, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.*

Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte.

Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en GMF-U durant une période de garde en disponibilité.

EXAMEN (patients de moins de 70 ans)

(réf. : préambule général, règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9 A et 2.4.7)

09092 préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A) 28,10

15192 d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A) 75,45

AVIS **:** *Ce service est permis seulement en centre hospitalier.*

AVIS **:** *En CLSC ou en GMF-U, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte.*

Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour le médecin rémunéré selon le mode mixte.

Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en GMF-U durant une période de garde en disponibilité.

15159 supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse en cabinet ***(voir le paragraphe 7.02 A) de l'E.P. Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)*** 47,40

en CLSC et en GMF-U en établissement (1) 35,60

15144 supplément de responsabilité pour suivi de grossesse en cabinet ***(voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)*** 11,40

15145 supplément de responsabilité pour suivi de grossesse *(voir le paragraphe 7.02 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)*

en CLSC et en GMF-U en établissement 8,95

08877 supplément de responsabilité à l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans en cabinet *(voir le paragraphe 8.01, de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* 17,05

en CLSC et en GMF-U en établissement 13,35

15762 examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie par un médecin qui exerce dans le cadre d'un programme de gériatrie de courte durée dans un CHSGS ou un CHSLD 89,25

AVIS **:** *Ce service est payable au médecin rémunéré à l'acte selon l'annexe XXII ou selon le mode mixte de l'annexe XXIII dans les unités ou départements de courte durée gériatrique en CHSGS ou de soins de longue durée ou d'hébergement en CHSLD d'un établissement désigné en vertu de l'une de ces annexes.*

Pour la rémunération à l'acte, voir les listes des installations et des établissements désignés à l'annexe 1 de l'annexe XXII relativement aux paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E.

Pour la rémunération mixte, voir les listes des installations désignées à l'annexe III de l'annexe XXIII relatives aux sections C-1 et D-1.

Les listes des installations et des établissements désignés sont disponibles à la rubrique Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord)*.*

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe (patients de moins de 70 ans)

15158 Forfait de congé en établissement d'un patient admis *(voir le paragraphe 9.00 C) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle)* 35,55

AVIS **:** *Ce forfait peut être facturé uniquement lors du transfert d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.*

00059 Examen de prise en charge de grossesse en clinique externe, patient inscrit *(voir le paragraphe 7.01 de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)* 66,70

AVIS **:** *Cet examen tient lieu d'examen complet majeur et est soumis au maximum annuel prévu au paragraphe 2.2.3 du préambule général.*

15159 Supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse *(voir le paragraphe 7.02 A) de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)* 35,60

15145 supplément de responsabilité pour suivi de grossesse *(voir l'article 7.02 B) de l'E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle) (2)* 8,95

ordinaire

patient inscrit (2)

00005 sans déplacement 14,55

00006 d'urgence avec déplacement 73,80

complet

	patient inscrit (2)	
00056	sans déplacement	30,65
00057	d'urgence avec déplacement	73,80
	psychiatrique complet	
	patient admis (2)	
08903	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	48,80
08806	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	76,25
	patient inscrit (2)	
08807	sans déplacement	35,85
08808	d'urgence avec déplacement	86,25
	complet majeur	
	patient inscrit (2)	
00097	sans déplacement	55,50
00098	d'urgence avec déplacement	73,80
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis (2)	
08904	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	84,10
08907	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	107,00
	patient inscrit (2)	
08809	sans déplacement	64,80
08810	d'urgence avec déplacement	86,25

(2) Pour les actes de 00059 à 08810 : S'applique dans une clinique externe

Patient inscrit : S'applique en clinique externe d'un CH

Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (*patients de moins de 70 ans*)

08811	psychiatrique complet (P.G. 2.2.9 A)	36,80
08812	psychiatrique complet majeur (P.G. 2.2.9 A)	65,15
09248	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	79,15

Consultation et examen pour les patients de soixante-dix (70) ans ou plus (paragraphe 2.4.5 du préambule général)

Consultation (*réf. : préambule général règles 2.1, 2.2.9 A et 2.4.7*)

09231	mineure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	44,95
15659	d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	139,60
	AVIS **:** *À facturer pour le patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*	
09234	ordinaire en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	66,50
15660	d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	139,60
	AVIS **:** *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*	
09237	majeure en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	91,15
15661	d'urgence avec déplacement en clinique externe, au service d'urgence et au CLSC du réseau de garde intégré	139,60
	AVIS **:** *À facturer pour un patient inscrit dans un service d'urgence, une clinique externe ou un CLSC.*	
08813	psychiatrique ordinaire en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	66,45
08815	d'urgence avec déplacement en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	139,60
08926	psychiatrique majeure en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	90,75
08928	d'urgence avec déplacement en établissement sauf en CLSC ou en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	121,90

Examen (*70 ans ou plus)* *(réf. : préambule général règles 1.1.6, 2.2.1 à 2.2.5, 2.2.9, 2.4.5 et 2.4.7*)

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation correspondant à l'âge du patient.*

09093	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	28,15
15193	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	80,60
	AVIS **:** *Ce service est permis seulement en centre hospitalier.*	

AVIS **:** *En CLSC ou en GMF-U, les examens sont réservés au médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.*

Les examens d'urgence avec déplacement ne sont pas permis pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte.

Le cas échéant, ces examens s'appliquent aussi au médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en CLSC ou en GMF-U durant une période de garde en disponibilité.

(1) Pour les actes de 09034 à 09240 : Dans un CLSC, s'applique dans un service de consultation médicale physiquement dissocié du service d'urgence du CLSC du réseau de garde intégré ainsi que dans tout autre CLSC et en GMF-U en établissement. (voir la page B-1X ainsi que la règle 2.2.6 C du préambule général - Examens et interventions au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré.)

15763 examen à domicile du premier patient en perte sévère d'autonomie par un médecin qui exerce dans le cadre d'un programme de gériatrie de courte durée dans un CHSGS ou un CHSLD 89,25

AVIS **:** *Ce service est payable au médecin rémunéré à l'acte selon l'annexe XXII ou selon le mode mixte de l'annexe XXIII dans les unités ou départements de courte durée gériatrique en CHSGS ou de soins de longue durée ou d'hébergement en CHSLD d'un établissement désigné en vertu de l'une de ces annexes.*

Pour la rémunération à l'acte, voir les listes des installations et des établissements désignés à l'annexe 1 de l'annexe XXII relativement aux paragraphes 2.2.6 D et 2.2.6 E.

Pour la rémunération mixte, voir les listes des installations désignées à l'annexe III de l'annexe XXIII relatives aux sections C-1 et D-1.

Les listes des installations et des établissements désignés sont disponibles à la rubrique Annexes mises à jour en continu (Annexes, lettres d'entente, ententes particulières et protocoles d'accord).

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée (pour les examens psychiatriques) et dans une clinique externe (*patients de 70 ans et plus*)

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation correspondant à l'âge du patient.*

15158 forfait de congé en établissement d'un patient admis *(voir le paragraphe 9.00 C) de l'E.P. – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle)* 35,55

AVIS **:** *Ce service peut être facturé seulement lors du départ d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.*

	ordinaire	
	patient inscrit (2)	
	sans déplacement	
08882	ordinaire 70-79 ans	17,70
08883	ordinaire 80 ans ou plus	18,50
	d'urgence avec déplacement	
08884	ordinaire 70-79 ans	85,75
08885	ordinaire 80 ans ou plus	89,60
	complet	
	patient inscrit (2)	
09116	sans déplacement	32,45
09117	d'urgence avec déplacement	85,75
	complet majeur	
	patient inscrit (clinique externe) **(2)**	
09119	sans déplacement	59,35
09120	d'urgence avec déplacement	85,75
	psychiatrique complet	
	patient admis	
08969	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	51,90
08979	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	84,30
	patient inscrit (2)	
08992	sans déplacement	37,90
08993	d'urgence avec déplacement	88,75
	psychiatrique complet majeur	
	patient admis	
08994	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	89,55
08995	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	117,05
	patient inscrit (2)	
08996	sans déplacement	66,70

08997 d'urgence avec déplacement 88,75

(2) Pour les actes de 08882 à 08997 : S'applique dans une clinique externe

Patient inscrit: S'applique en clinique externe ou dans un service de consultation médicale pour un CLSC lorsque physiquement dissocié du service d'urgence d'un CH et du CLSC ainsi que dans tout CLSC autre que ceux du réseau de garde intégré (voir la règle 2.2.6 C Examens et intervention au service d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde intégré, du préambule général).

Service d'urgence des centres hospitaliers et du CLSC du réseau de garde (P.G. 2.2.6 C)

NOTE : Le médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence réclame un examen ou une intervention selon le code et le tarif du patient inscrit et, lorsque le patient y séjourne suite à une demande d'admission en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée, peut, lors de chaque examen ou intervention clinique, réclamer le supplément pour un patient admis en plus du tarif de patient inscrit.

NOTE : Le médecin qui n'assure la garde sur place au service d'urgence et qui voit un patient au service d'urgence, peut réclamer une visite selon le code et le tarif pour un patient admis si celui-ci y séjourne suite à une demande d'admission en attente d'être dirigé à l'unité des soins de courte durée.

AVIS **:** *Le médecin qui n'assure pas la garde sur place au service d'urgence et qui voit un patient au service d'urgence ne peut facturer le supplément pour un patient admis en plus du tarif de sa visite.*

15637 Supplément à l'examen ou à l'intervention pour le patient admis effectué par le médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence 7,40

AVIS **:** *Pour le patient admis en attente d'être transféré dans une unité de soins de courte durée, ce supplément s'ajoute aux services et aux tarifs du patient inscrit à l'urgence.*
Inscrire la date d'admission sur la facture.

patient inscrit

examen ordinaire sans déplacement

15052 patient de moins de 70 ans 17,60

15053 de 70 - 79 ans 22,65

15054 de 80 ans ou plus 23,70

d'urgence avec déplacement

15055	patient de moins de 70 ans	77,60
15056	de 70 - 79 ans	96,35
15057	de 80 ans ou plus	100,45
	examen principal	
	sans déplacement	
15058	patient de moins de 70 ans	35,05
15059	de 70 - 79 ans	56,15
15060	de 80 ans ou plus	58,70
	avec déplacement	
15061	patient de moins de 70 ans	77,60
15062	de 70 - 79 ans	96,35
15063	de 80 ans ou plus	100,45
	intervention en situation complexe *(P.G. 2.2.6 C, point 3)*	
	patient de moins de 70 ans	
15064	première période de trente (30) minutes	112,95
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	28,55
	patient de 70 ans et plus	
15068	première période trente (30) minutes	112,95
	par période supplémentaire de quinze (15) minutes	28,55

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15064** ou **15068**, inscrire l'heure de début du service et la durée de l'intervention.*

Lorsque les services sont rendus sur plus d'une journée ou qu'ils ne sont pas rendus de façon continue dans le temps, utiliser une seule ligne et inscrire l'heure de début de la première intervention. Toutefois, la limite de temps permise ne doit pas être dépassée.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Séjour différent à la salle d'urgence**.

	examen psychiatrique principal	
	patient inscrit	
	sans déplacement	
15066	de moins de 70 ans	42,55
15067	70 ans et plus	60,00

avec déplacement

15069 de moins de 70 ans — 90,75

15070 70 et plus — 98,55

orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie

15263 démarches entreprises pendant un transport ambulancier menant à l'orientation d'un patient vers un centre d'hémodynamie — 73,75

AVIS **:** *Ce service est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.*

Voir le paragraphe 2.2.6 C 5) du préambule général.

support médical à distance

support médical à distance des services préhospitaliers d'urgence

15259 forfait par quart de garde, maximum 3 par jour par service d'urgence désigné — 33,35

AVIS **:** *Ce service est payable seulement dans les établissements désignés par le comité paritaire.*

Voir le paragraphe 2.2.6 C 7) du préambule général.

AVIS **:** *Le service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis du CSSS Alphonse-Desjardins et celui de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal sont les établissements désignés aux fins de cette mesure.*

Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans une unité de soins de longue durée d'un CHSGS (patients de 70 ans et plus)

08998 psychiatrique complet *(P.G. 2.2.9 A)* — 36,80

08999 psychiatrique complet majeur *(P.G. 2.2.9 A)* — 67,30

09245 d'urgence avec déplacement *(P.G. 2.2.9 A)* — 86,95

Examen du personnel d'un établissement

00020 ordinaire — 14,60

00023 complet — 29,35

00026	complet majeur	53,45

Examen d'évaluation médicale (réf. : P.G. 2.2.6)

09100	examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et en vue de la rédaction du formulaire approprié	163,50
09063	supplément lorsqu'effectué à domicile	28,15
09101	rédaction du formulaire	35,95

Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel (réf. :P.G. 2.2.7)

examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal le cas échéant, et rédaction du formulaire

09067	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	319,90
15967	d'urgence avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	355,10
15160	évaluation médicale d'un patient présumément victime d'assaut sexuel qui, suite à l'évaluation, ne nécessite pas la rédaction du formulaire. Aucun autre service médical ne peut être facturé pour ce patient à la même séance (P.G. 2.2.9 A)	135,20

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **09067**, **15967** et **15160**, inscrire l'heure de début du service.*

NOTE : Ce code ne peut être réclamé que si le médecin doit se déplacer pour effectuer l'évaluation.

09069	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un enfant de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A)	50,50

AVIS **:** *Pour les demi-heures additionnelles suivant les 60 premières minutes, utiliser le code de facturation **09069** et inscrire l'heure de début de la période additionnelle et la durée additionnelle de la séance.*

La durée des 60 premières minutes ne doit pas être incluse dans la période additionnelle.

Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

NOTE : Les codes 09067, 15967, 15160 et 09069 ne peuvent être réclamés avec le code 09070.

Forfait de déplacement (assaut sexuel) (réf. : préambule général, règle 2.2.7 A)

(***Déplacement du professionnel vers l'établissement***)

19080 pour un déplacement entre 8 h et 18 h — 174,90

19081 pour un déplacement entre 18 h et 24 h — 244,65

19082 pour un déplacement entre 0 h et 8 h — 351,30

AVIS **:** *Pour le forfait de déplacement (codes de facturation **19080, 19081** ou **19082**), il est **obligatoire** que le médecin se déplace vers un établissement, donc de **ne pas être déjà présent dans l'établissement où il est demandé**.*
Ce forfait est majorable en vertu des annexes XII et XII-A.
Utiliser la facture de services médicaux et y inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée qui requiert l'examen.

Services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse

(réf. : Lettre d'entente n° 20 - Brochure n° 1)

Mauvais traitements et tarification applicable.

09070 Prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport (P.G. 2.2.9 A) — 116,10

09073 Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans (P.G. 2.2.9 A) — 46,25

AVIS **:** *Pour les 60 premières minutes, utiliser le code de facturation **09070** et inscrire l'heure de début du service. Pour les demi-heures additionnelles suivant les 60 premières minutes, utiliser le code de facturation **09073** et inscrire l'heure de début de la période additionnelle etla durée additionnelle de la séance.*

La durée des 60 premières minutes ne doit pas être incluse dans la période additionnelle.

Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

Présence du médecin et tarification applicable.

09077 Dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse.
De l'heure — 137,50

AVIS **:** *Indiquer la durée de présence au tribunal.*

NOTE : Les codes 09070 et 09073 ne peuvent être réclamés avec le code 09067. Le code 09077 peut seulement être réclamé en lien avec une évaluation rémunérée selon le code 09070.

Examen externe d'un cadavre, à la demande du coroner

(réf. : préambule général, règle 2.2.8)

09054	sans déplacement (P.G. 2.2.9 A)	61,65
09055	avec déplacement (P.G. 2.2.9 A)	103,40

NOTE : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 09054 et 09055.

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

AVIS **:** *Le remboursement des frais de déplacement est permis lorsque les conditions de la règle 2.4.2 du préambule général sont remplies.*

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de courte durée (P.G. 2.2.6 D)

AVIS **:** *Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15643** et **15652**, inscrire la **date d'admission** en établissement.*

15158	Forfait de congé en établissement d'un patient admis	35,55

Niveau A

15638	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	87,20
15639	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	57,25
15640	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	29,45
15641	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	72,45
15642	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	87,20
15643	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

Supplément pour déplacement d'urgence

15644	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	27,25
15645	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	38,20
15646	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	54,50

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15644**, **15645** et **15646**, voir le paragraphe 2.2.6 D 6) du préambule général.*

Niveau B

15647	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	100,90
15667	lorsqu'effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie d'un CHSP désigné par le comité paritaire	168,20

AVIS **:** *Les CHSP désignés sont :*

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888) – CIUSSS de la Capitale-Nationale;

- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (00878) – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;

- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet (00828) CISSS de l'Outaouais.

Annuellement, l'établissement responsable doit transmettre au comité paritaire le nom des médecins qui exercent régulièrement dans l'unité ou le programme de gérontopsychiatrie.

15648	Visite de suivi, première (P.G. 2.2.9 A)	66,20
15649	Visite de suivi, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	34,00
15650	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	83,80
15651	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	100,90
15668	lorsqu'effectuée par un médecin désigné par le comité paritaire dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie d'un CHSP désigné par le comité paritaire	168,20

AVIS **:** *Les CHSP désignés sont :*

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888) – CIUSSS de la Capitale-Nationale;

- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (00878) – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;

- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet (00828) CISSS de l'Outaouais.

Annuellement, l'établissement responsable doit transmettre au comité paritaire le nom des médecins qui exercent régulièrement dans l'unité ou le programme de gérontopsychiatrie.

15652	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

Supplément pour déplacement d'urgence

15653	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
15654	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
15655	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15653**, **15654** et **15655**, voir le paragraphe 2.2.6 D 6) du préambule général.*

Dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP), pour sa partie des soins de longue durée (P.G. 2.2.6 E))

15615	Évaluation médicale globale en soins de longue durée (P.G. 2.2.9 A)	86,90
15616	Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A)	21,70
15617	Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	43,40
15618	Rédaction du formulaire du niveau d'intervention médicale (NIM) (P.G. 2.2.9 A)	24,87
15619	Visite d'évaluation en vue de donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	85,15
15620	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

15621	Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

15622	Réponse téléphonique à une demande du personnel de l'établissement	16,55

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Supplément pour déplacement d'urgence

15623	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
15624	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
15625	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15623**, **15624** et **15625**, voir le sous-paragraphe 9 du paragraphe 2.2.6 E du préambule général.*

Dans un centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour la partie des soins en toxicomanie ou dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) qui n'opère pas une unité de soins de courte durée ni un service d'urgence (P.G. 2.2.6 F)

AVIS **:** *Pour chacun des actes suivants, à l'exception des actes **15631** et **15632**, inscrire la **date d'admission** en établissement.*

15626	Visite de prise en charge (P.G. 2.2.9 A)	84,30
15627	Visite de suivi courant (P.G. 2.2.9 A)	21,70
15628	Visite de suivi exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)	43,40
15629	Visite de transfert (P.G. 2.2.9 A)	55,25
15630	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	84,30

15631	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

15632	Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (par période de quinze (15) minutes) (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis

Supplément pour déplacement d'urgence

15633	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
15634	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
15635	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15633, 15634** et **15635**, voir le paragraphe 2.2.6 F 8) du préambule général.*

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée et pour un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) pour sa partie de soins de courte durée ou de longue durée (P.G. 2.2.6 G)

AVIS **:** *Pour chacun des actes suivants, à l'exception de l'acte codifié **08953**, inscrire la date d'admission en établissement.*

08923	Visite de prise en charge psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)	139,30
08933	Visite de suivi psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)	40,60
08913	Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (P.G.2.2.9 A)	73,55
08942	Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen, subséquente (P.G. 2.2.9 A)	32,90
08943	Visite de transfert psychiatrique (P.G. 2.2.9. A)	126,10
08948	Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A)	139,30

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

08953	Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence

08966	période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)	31,50
08967	période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)	44,10
08968	période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)	63,00

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **08966, 08967** et **08968**, voir le paragraphe 2.2.6 G 7) du préambule général.*

Intervention clinique (individuelle ou collective)

(réf. : préambule général, règle 2.2.6 B)

08857	Intervention clinique individuelle première période de trente (30) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	59,70
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	49,75
08858	Intervention clinique individuelle première période de trente (30) minutes en établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	49,75

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08857** ou **08858** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la première période de l'intervention.*

08859	Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de quinze (15) minutes En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	29,85
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	24,87
08860	Intervention clinique individuelle, période supplémentaire de quinze (15) minutes En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement, (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Pour la période supplémentaire suivant les 30 premières minutes, utiliser le code de facturation **08859 ou 08860** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire d'intervention.*

La durée des 30 premières minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

	Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes	
08866	En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	59,70
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	49,75
	Intervention clinique collective, première période de trente (30) minutes,	
08867	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement, (P.G. 2.2.9 A)	49,75

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08866** ou **08867** et inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de chaque personne;

- l'heure de début et l'heure de fin de la première période de l'intervention.

	Intervention clinique collective, période supplémentaire de quinze (15) minutes	
08868	En cabinet ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en cabinet	29,85
	En CLSC et en GMF-U en établissement ou à domicile dans le cadre des activités du médecin en CLSC ou en GMF-U (P.G. 2.2.9 A)	24,87
	Intervention clinique collective, période supplémentaire de quinze (15) minutes	
08869	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement, (P.G. 2.2.9 A)	24,87

AVIS **:** *Pour la période supplémentaire suivant les 30 premières minutes, utiliser le code de facturation **08868** et **08869**, inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire d'intervention.*

La durée des 30 premières minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, première période de trente (30) minutes

08841	En cabinet	90,00
	En CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	75,00

Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, première période de trente (30) minutes

08842	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	75,00

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08841** ou **08842** et inscrire :*
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne;
- l'heure de début et l'heure de fin de la première période de l'intervention.

Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, période supplémentaire de quinze (15) minutes

08843	En cabinet	45,00
	En CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	37,50

Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, période supplémentaire de quinze (15) minutes

08844	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement (P.G. 2.2.9 A)	37,50

AVIS **:** *Pour la période supplémentaire suivant les 30 premières minutes , utiliser le code de facturation* ***08843*** *ou* ***08844*** *et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire d'intervention.*

La durée des 30 premières minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

Pour les codes de facturation ***08843*** *et* ***08844****, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*

Supplément pour le déplacement à domicile de dix (10) kilomètres ou plus, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour dans le cadre d'une intervention clinique individuelle ou collective

08861	Depuis un cabinet ou un autre domicile	29,85
	Depuis un CLSC ou un GMF-U en établissement	24,87

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres.*

Utiliser :

- une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour;

- une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.

Supplément pour le déplacement de dix (10) kilomètres ou plus, du médecin vers le lieu de téléconsultation, par quinze (15) minutes, maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour

08876	Depuis un cabinet	29,85
	Depuis un CLSC ou un GMF-U en établissement	24,87

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du déplacement après les 10 premiers kilomètres.*

Utiliser :

- une ligne de facture pour l'aller et une autre pour le retour;

- une ligne de facture distincte pour chacun des déplacements lors d'interventions successives.

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

(réf. préambule général, règle 2.2.6 B-1)

1588 forfait pour la première période de quinze (15) minutes
0 43,60

1588 forfait par période de quinze (15) minutes supplémentaires
1 43,60

AVIS **:** *Pour la première période de 15 minutes, utiliser le code de facturation **15880** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes supplémentaires suivant la première période de 15 minutes, utiliser le code de facturation **15881** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée d'intervention supplémentaire.*

La durée de la première période de 15 minutes ne doit pas être incluse dans la durée supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début de chacun des services pour que leurs périodes ne se chevauchent pas.

1588 Supplément pour déplacement selon les dispositions du sous-
2 paragraphe 2.2.6 B-1 du préambule général par quinze (15) minutes consécutives
Maximum de six (6) périodes pour l'aller-retour 43,60

AVIS **:** *Pour un déplacement de plus de 10 kilomètres, inscrire la durée du déplacement.*

AVIS **:** *En cas de dépassement du maximum de 6 périodes pour l'aller-retour, utiliser l'élément de contexte* **Difficulté à recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention dans le cadre de l'aide médicale à mourir**.

Démarches du médecin accompagnateur pour administrer l'aide médicale à mourir

(réf. préambule général, règle 2.4.0.1)

Démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments

1588 forfait pour la première période de quinze (15) minutes
3 43,60

1588 forfait par période de quinze (15) minutes supplémentaires
4 43,60

AVIS **:** *Pour la première période de 15 minutes, utiliser le code de facturation **15883** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes supplémentaires suivant la première période de 15 minutes, utiliser le code de facturation **15884** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée supplémentaire de l'activité.*

La durée de la première période de 15 minutes ne doit pas être incluse dans la durée supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début de chacun des services pour que leurs périodes ne se chevauchent pas.

*Les codes de facturation **15883** et **15884** liés au temps consacré à l'obtention et à la gestion des médicaments doivent être utilisés lorsque le processus est complété. Le médecin doit cumuler la durée totale menant à la démarche globale.*

Ces visites doivent être facturées une seule fois durant les démarches consacrées à l'obtention et à la gestion des médicaments.

Psychothérapie (individuelle ou collective)

(réf. : préambule général, règle 2.3)

08862	Psychothérapie individuelle, première période de trente (30) minutes	
	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement	49,75
08863	Psychothérapie individuelle, par période de quinze (15) minutes supplémentaires	
	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement	24,87

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08862** et inscrire l'heure de début du service. Pour la période supplémentaire suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08863** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée supplémentaire de la thérapie.*

La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

08864	Psychothérapie collective, première période de trente (30) minutes	
	En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement	49,75

AVIS **:**

08865 Psychothérapie collective, par période de quinze (15) minutes supplémentaires

En établissement sauf en CLSC et en GMF-U en établissement 24,87

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08864** et inscrire l'heure de début du service. Pour la période supplémentaire suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08865** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée supplémentaire de la thérapie.*

La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

*Pour les codes de facturation **08864** et **08865**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*

Formulaires et démarches afférentes relatifs à une demande d'aide médicale à mourir

(réf. préambule général, règles 2.4.02, 2.4.03 et 2.4.04)

-Formulaire (partie 1) (médecin accompagnateur) : Demande du patient non finalisée.

15885 ... 156,90 $

-Formulaire et démarches afférentes (parties 1, 2 et 3) (médecin accompagnateur). Demande du patient finalisée.

15886 .. 261,50 $

Rapport de consultation (avis du second médecin)

15887 . 52,30 $

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

Formulaire relatif à la sédation palliative continue

(réf. préambule général, règle 2.4.05)

-Formulaire d'Avis de sédation palliative continue

15888 . 104,60 $

Constatation de décès

(réf. : préambule général, règle 2.4.1)

00013	sans déplacement *(P.G. 2.2.9 A)*	23,35
00014	avec déplacement entre 7 h à 24 h *(P.G. 2.2.9 A)*	58,35
15234	avec déplacement de 0 h à 7 h *(P.G. 2.2.9 A)*	116,55
15264	évaluation à distance du décès incluant, le cas échéant, le constat de décès *(P.G. 2.2.9 A)*	25,00
15889	évaluation à distance du décès hors d'un centre désigné d'un patient hébergé en CHSLD (P.G. 2.2.9 A)	25,00
15890	évaluation à distance du décès hors d'un centre désigné d'un patient décédé à domicile et inscrit au programme de soins à domicile du CLSC	25,00
15265	rédaction du bulletin de décès (formulaire SP-3) *(P.G. 2.2.9 A)*	19,80

Constatation de décès aux fins de transplantation d'organes et de tissus

2e constat de décès

00016	sans déplacement *(P.G. 2.2.9 A)*	23,35
00018	avec déplacement entre 7 h et 24 h *(P.G. 2.2.9 A)*	58,35
15266	avec déplacement entre 0 h et 7 h *(P.G. 2.2.9 A)*	116,55

AVIS **:** *Si un examen est fait lors d'une séance différente de la constatation de décès, utiliser l'élément de contexte* **Séance différente**.

Les deux médecins qui constatent le décès d'un donneur facturent leurs services avec les codes :

- ***00013, 00014, 15234*** *ou* ***15264;***
- ***00016, 00018*** *ou* ***15266***.

Conformément à l'article 45 du Code civil du Québec, ces deux médecins ne participent pas au prélèvement ni à la transplantation des organes ou des tissus du donneur.

Nouveau-né en santé (réf. : préambule général, règle 2.4.3)

15024	soins du nouveau-né en santé

montant forfaitaire par jour 47,05

Frais de kilométrage (réf. : préambule général, règle 2.4.2)

jusqu'à soixante (60) kilomètres simples à partir du point de départ énoncé à la règle 2.4.2 du P.G.
(distance dans un sens seulement), le kilomètre 1,19
au-delà de soixante (60) kilomètres C.S.

AVIS **:** *Modification du taux par kilomètre*
- À partir du 2019-04-01 : 0,93 $
- À partir du 2020-04-01 : 0,96 $
- À partir du 2021-04-01 : 0,98 $
- À partir du 2022-04-01 : 1,09 $
- À partir du 2023-04-01 : 1,19 $

Pour connaître le taux applicable par kilomètre pour l'aller et pour le retour, voir la section Taux en vigueur *de la rubrique* Frais de déplacement.

Surveillance

(réf. : préambule général, règle 2.4.8)

00080 première demi-heure : non rémunérée

par quart d'heure supplémentaire 23,10

AVIS **:** *Inscrire la durée de la surveillance.*

Transfert ambulancier

(réf. : préambule général, règle 2.4.9)

09087 première demi-heure 51,30

09246 par quart d'heure supplémentaire 25,65

AVIS **:** *Pour la première demi-heure, utiliser le code de facturation* ***09087*** *et inscrire l'heure de début du service. Pour les quarts d'heure supplémentaires suivant la première demi-heure, utiliser le code de facturation* ***09246*** *et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée supplémentaire de déplacement, laquelle doit correspondre au temps consacré à l'****aller seulement*** *(lors du calcul, la RAMQ doublera les honoraires).*

La durée de la première demi-heure ne doit pas être incluse dans la durée supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

Lorsque le transport se fait à partir du cabinet ou du domicile, le médecin doit verser au dossier du patient les notes explicatives à cet effet et les fournir à la demande de la RAMQ (paragr. 2.4.9.2 du Préambule général).

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité, le code postal, ou le numéro de l'établissement ou de l'installation où se trouve le patient avant le transfert ambulancier.*
Pour le lieu en référence, indiquer :
- la situation **Lieu du transfert du patient**;
- l'établissement d'arrivée ou, s'il y a lieu, le code de localité, ou le code postal de l'aéroport ou de toute autre gare d'embarquement.

Forfait de déplacement
(réf. : préambule général, règle 2.4.9.3)
Déplacement vers l'établissement qui procède à un transfert ambulancier

19047	pour un déplacement entre 8 h et 18 h	176,90
19048	pour un déplacement entre 18 h et 24 h	247,60
19049	pour un déplacement entre 0 h et 8 h	353,75

TÉLÉCONSULTATIONS
(réf. : préambule général, règle 2.4.10)

Consultations virtuelles en temps différé
(réf. : préambule général, règle 2.4.10.1)

15895	**Télédermatologie**	
	lorsqu'effectuée en cabinet	29,30
	lorsqu'effectuée en établissement	22,00
15896	**Gestion en douleur chronique**	

lorsqu'effectuée en cabinet 29,30
lorsqu'effectuée en établissement 22,00

AVIS **:** *Pour la communication dans le cadre de la gestion en douleur chronique, inscrire :*
- le code de facturation ***15896*** *(sans égard au nombre de patients inscrits);*
- l'heure de début et l'heure de fin de la rédaction de la téléconsultation.

Pour le mode de rémunération mixte, en plus des informations ci-dessus, se référer aux instructions de facturation à l'annexe I de l'Annexe XXIII, selon la situation.

eConsult
(réf. : préambule général, règle 2.4.10.2)

15894 **Communication par conseil numérique (eConsult)**

lorsqu'effectuée en cabinet 29,30
lorsqu'effectuée en établissement 22,00

Vacation : Taux du tarif horaire multiplié par trois (3) (réf. : annexe XIV et article 17.03 de l'Entente)

AVIS **:** *Pour avoir droit à un forfait de déplacement (codes de facturation* ***19047****,* ***19048*** *ou* ***19049****), le médecin ne doit pas être présent dans l'établissement où il est demandé.*

Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne transférée;

- l'heure de départ pour l'établissement;

- le numéro de l'établissement qui requiert le déplacement.

Lorsque le déplacement est requis par un CLSC, seul un CLSC désigné à l'EP 6 – Garde dans CLSC est autorisé.

Ce forfait est majorable selon les annexes XII et XII-A.

Voir la liste des CLSC désignés à l'annexe I de l'EP 6 – Garde dans CLSC.

Conseil génétique ou génique

(réf.: préambule général, règle 2.7)

dans un établissement désigné par accord des parties

AVIS **:** *Voir l'*Accord nº 126.

individuel

09056 par période de trente (30) minutes — 56,40

maximum de trois (3) heures

AVIS **:** *Inscrire la durée de l'évaluation.*

collectif (couple)

09057 par période de trente (30) minutes — 56,40

jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, un maximum de trois (3) heures par personne

AVIS **:** *Inscrire:*
- la durée de l'évaluation;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Rencontre et interview avec un membre d'une famille dans le cadre d'un conseil génétique individuel ou collectif

individuel

09058 par demi-heure — 56,40

jusqu'à concurrence d'un grand total de deux (2) heures, un maximum d'une (1) heure par personne

AVIS **:** *Inscrire la durée de la rencontre.*

collectif (couple)

09059 par demi-heure — 56,40

jusqu'à concurrence d'un grand total de quatre (4) heures, à raison d'un maximum d'une (1) heure par personne

AVIS **:** *Inscrire:*
- la durée de la rencontre;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Éthique clinique

(réf. : préambule général, règle 2.10)

00017 Consultation en éthique clinique — 82,55

00019 Consultation en éthique clinique (70 ans et plus) — 88,60

AVIS **:** *Voir la règle 2.1 du préambule général et l'*Accord nº 172.

Rencontre et entrevue avec une ou des personnes pertinentes dans le cadre d'une consultation en éthique clinique.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **08906** et **08909**, indiquer la durée de la rencontre.*

08906	Individuelle	41,25
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de trois (3) heures, un maximum d'une (1) heure par personne	
08909	Collective	40,85
	par demi-heure jusqu'à concurrence d'un grand total de six (6) heures, à raison d'un maximum de deux (2) heures par personne	

Interruption volontaire de grossesse par médicament

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Interruption volontaire de grossesse par médicament, *indiquer la date des dernières menstruations.*

Évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine dont l'âge gestationnel est d'un maximum de 63 jours, incluant la visite, la thérapie médicale et le counseling

15313	cabinet	139,50 $
15407	supplément compensatoire à l'évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine (code 15313) lorsqu'effectuée en cabinet	20,00 $
15314	établissement	104,60 $

NOTE : Le code 15313 ou le code 15314 inclut les différentes visites liées à l'évaluation globale si l'examen d'ultrasonographie est réalisé par un autre médecin.

Examen d'ultrasonographie requis pour fin d'évaluation d'une demande d'interruption volontaire de grossesse par médicament

15315	cabinet	38,15 $
15316	établissement	13,10 $

NOTE : Le code 15315 ou le code 15316 ne peut être facturé avec une autre visite, thérapie médicale ou counseling, sauf le code 15313 ou le code 15314 lorsqu'effectué par le même médecin et à la même séance.

Visite subséquente pour confirmation de l'interruption de la grossesse par médicament

15317	cabinet	39,25 $
15408	supplément compensatoire à la visite subséquente pour confirmation de l'interruption de la grossesse par médicament (code 15317) lorsqu'effectuée en cabinet	1,50 $
15318	établissement	29,45 $

Examen d'ultrasonographie requis à cette fin, supplément

15319	cabinet	33,80 $

15320 établissement 8,75 $

NOTE : Maximum d'une visite subséquente, par patiente, par interruption volontaire de grossesse par médicament.
NOTE : Le code 15317 ou le code 15318 peut être facturé dans les 18 jours suivant une évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse.
NOTE : Le code 15319 ou le code 15320 doit être facturé à la même séance et par le même médecin que le code 15317 ou le code 15318.
NOTE : Le code 15315 ou le code 15319 et qui sont relatifs à l'examen d'ultrasonographie requis ne peut être facturé avec le code 15313 ou le code 15317 lorsqu'effectué dans un ou l'autre des cabinets suivants : 55433 Clinique Morgentaler – 55363 Clinique médicale Femina – 55390 Clinique médicale de l'Alternative – 56002 Centre de santé des femmes de Montréal – 55080 Clinique médicale l'Envolée.

AVIS **:** *La visite subséquente peut être facturée par le médecin qui a effectué l'évaluation initiale ou par le médecin qui a assuré le suivi à la suite de l'évaluation initiale.*

RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

(LETTRE D'ENTENTE n ° 223)

98000	Évaluation – Garde préventive	145,70
98001	Évaluation psychiatrique – Garde provisoire	192,30
98002	Évaluation psychiatrique – Prolongation d'une garde	192,30
98003	Évaluation psychiatrique – Ordonnance traitement / hébergement	874,10
98004	Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance	145,70
98005	Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé	244,75
98006	Évaluation psychiatrique – Responsabilité criminelle	728,45
98007	Évaluation psychiatrique – Commission d'examen	483,75
98008	Évaluation psychiatrique – Commission des affaires sociales	483,75
98009	Évaluation psychiatrique – Demandé par la curatelle publique	483,75
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	483,75
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	483,75
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	139,90

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (ANNEXE XIII DE L'ENTENTE)

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

09926	rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission	22,50

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment :

1. la date de l'accident du travail;

2. le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;

3. la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;

4. le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;

5. dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

09927	rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission	22,00

AVIS **:** *Indiquer la date de l'événement ou la date de la récidive, de la rechute ou de l'aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) à la section* Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail.

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

09928	rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission	22,00

AVIS **:** *Si vous utilisez le code de facturation **09928** plus d'une fois par jour pour 2 évènements différents, utilisez une facture par évènement.*

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

a) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;

b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

1. l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

2. l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;

3. l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,

Le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09930	rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission	26,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récidive ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;

- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929	rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission	105,00

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- diagnostic et évolution;
- antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- examens subjectifs et objectifs;
- examens paracliniques réalisés et prévus;
- consultations réalisées et prévues;
- traitements en cours et prévus;
- possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- possibilité de limitations fonctionnelles;
- possibilité de retour au travail avant consolidation.

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

09907	pour l'information verbale fournie	135,00

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914		30,00
09915		60,00
09916		90,00

7. OPINION DU MÉDECIN AVANT LA CONSOLIDATION DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE

A) MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin	115,00

B) Approbation des mesures de réadaptation avant la consolidation de la lésion

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission avec le médecin qui a charge, sous forme écrite ou téléphonique, expliquant la (ou les) mesure (s) de réadaptation proposée (s) pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle et requérant son opinion afin de déterminer si ces mesures s'inscrivent bien dans le plan de traitement du médecin pour son patient ou s'il existe des indications médicales dont il faut tenir compte.

09922		50,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur.

Ces sujets portent sur :

1. le diagnostic;

2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909	rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé	130,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

1. le diagnostic;

2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09910	rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur	150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Médecin qui a charge

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objets d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	425,00
09901	supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente	115,00

AVIS **:** *Le médecin doit être autorisé par la CNESST à facturer ce supplément.*

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1. évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie.

09978	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	730,00
09902	supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente NOTE **:** Le médecin membre du **Bureau d'évaluation médicale** (article 11) peut réclamer ce supplément, à l'exception d'un médecin du BEM en neurochirurgie lorsqu'il s'agit d'un cas de rachis.	115,00

2. évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie.

09946	examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	890,00
09980	supplément en neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'entente	115,00
09977	supplément lorsque le médecin rend son avis en cabinet privé NOTE **:** Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.	100,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

09947		95,00
09948		145,00
09949		170,00

11. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

NOTE : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article **10 Rapport d'évaluation médicale** (voir codes 09947, 09948 et 09949, article 10 C)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour les services codés 09939, 09936 et 09937.
NOTE : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article **16 Étude de dossiers particuliers** (voir codes 09911, 09912 et 09913, article 16 B)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour le service codé 09938.

A) Avis écrit

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;

2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,

Le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938	avis donné au vu du dossier	400,00
09939	avis donné après examen du travailleur	730,00
09977	supplément lorsqu'effectué en cabinet privé NOTE : Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.	100,00

AVIS **:** *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Pour être payable, l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin.*

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;

2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,

Le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

585,00

09936 le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun

09937 le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de 75,00

12. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale ou une évaluation médicale à titre de médecin désigné n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur, dont le rendez-vous est fixé plus de dix jours avant la date du rendez-vous initial.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Le travailleur ne s'est pas présenté au rendez-vous fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission**.
Cette indemnité vise les codes de facturation ***09902, 09931, 09936, 09937, 09939, 09946*** *à* ***09949, 09978*** *et* ***09980***.

13. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit, en cabinet privé, les tests audiologiques nécessaires à l'évaluation de la condition de son patient, 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 médecin, durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

09919 supplément pour la production des tests audiologiques en cabinet privé 85,00

14. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

09970 rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 70,00

AVIS **:** *Inscrire comme date d'événement la date à laquelle le formulaire visant le retrait préventif est rempli.*

S'il y a lieu, inscrire le diagnostic de grossesse.

La prise en charge de grossesse et la rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite doivent être facturées sur une facture distincte.

15. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

A) Assignation temporaire

Il s'agit du rapport médical complété à la demande de l'employeur par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

1. le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;

2. ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et

3. ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

09971	rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci	70,00

16. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS

A) Nature du rapport

Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

09942	étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin	400,00

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		60,00
09912		85,00
09913		110,00

AVIS **:** *Indiquer la date de l'accident, de l'événement de la récidive, de la rechute ou de l'aggravation à la suite d'une consolidation (RRA) à la section* Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail.

17. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et son règlement concerné.

09954	rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel	110,00

AVIS **:** *Pour facturer ce service, le médecin doit y être autorisé par les parties négociantes.*

Inscrire la date à laquelle le formulaire a été rempli à la section Date de l'événement impliquant la santé et la sécurité du travail.

18. AVIS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE MÉDECIN DÉSIGNÉ OU LE MÉDECIN MEMBRE DU BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

NOTE : La correction demandée par la CNESST d'un rapport d'évaluation déjà rendu par un médecin désigné par la CNESST en vertu de l'article 10 B) ou d'un avis écrit rendu par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale en vertu de l'article 11, en raison d'une erreur ou d'une omission imputable à l'un ou l'autre de ces médecins ne constitue pas un avis supplémentaire et doit être exécutée sans rémunération additionnelle.

A) Avis supplémentaire simple

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 B) ou à un avis écrit en vertu de l'article 11 qu'il a déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire est soumise par la Commission dans les 60 jours de la signature du précédent rapport d'évaluation par le médecin désigné ou de cet avis par le médecin du BEM, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- 1. Transmission de rapports d'investigations supplémentaires à la suggestion du médecin désigné ou du membre du BEM, ou d'une consultation en milieu spécialisé (ex : scan, EMG);
- 2. Transmission de documents (maximum de 15 pages) pertinents pour la rédaction de l'avis, qui n'étaient pas inclus dans le dossier transmis par la CNESST, mais qui auraient dû l'être;

09924	examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis	115,00

B) Avis supplémentaire complexe

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 B) ou à un avis écrit en vertu de l'article 11 déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire soumise par la Commission comporte plus de 15 pages de nouveaux documents pertinents pour la rédaction de l'avis supplémentaire ou que l'ajout ou la modification apportée par la Commission à la demande initiale soumise exige une relecture presque complète du dossier entier.

09925	examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis	215,00

19. CONSIDÉRATION DE TRÈS GRANDE COMPLEXITÉ

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné, selon les critères établis par la Commission. Cette considération peut aussi être accordée dans certains dossiers par le directeur médical du Bureau d'évaluation médicale aux médecins de ce Bureau, selon ces mêmes critères.

09931		275,00

20. RAPPORTS POUR LES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (IVAC)

A) Attestation médicale IVAC-CIVISME

Il s'agit de l'attestation médicale comportant notamment le diagnostic, le siège de la blessure, les autres diagnostics actuels physiques ou psychiques pouvant avoir des répercussions, de même que les antécédents pertinents; s'il y a lieu arrêt de travail ou d'études et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la blessure d'une personne victime ou d'un sauveteur; cette attestation est remise par le médecin qui la complète à cette victime ou sauveteur.

15795	pour la rédaction et remise sans délai à la victime, du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission	22,50

B) Rapport médical IVAC-CIVISME

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin; ce rapport comporte notamment :

- 1. la date de l'acte criminel ou du sauvetage;
- 2. le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
- 3. la période prévisible de consolidation de la blessure;
- 4. l'évolution de la blessure et l'évaluation des séquelles à prévoir

15796	pour la rédaction et expédition immédiate à la Commission, du formulaire de rapport médical prescrit par la Commission	22,00

C) Rapport final IVAC-CIVISME

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, lorsque la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée; ce rapport comporte notamment les diagnostics finaux et renseignements complémentaires pertinents et il décrit les limitations fonctionnelles qui résultent de la blessure.

15797	pour la rédaction et expédition à la Commission, dès que la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission	26,00

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA MAIN-D'OEUVRE ET DE LA SÉCURITÉ DU REVENU

Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (RLRQ, chapitre S-3.1.1).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. Pour les services professionnels, ci-après énumérés, dispensés par le médecin en vertu de la *Loi sur la Sécurité du revenu*, la rémunération applicable est celle ci-après indiquée :

1° Rapport médical

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », ou au barème de non-disponibilité du programme « Actions positives pour le travail et l'emploi », le tout tel qu'édicté par la *Loi sur la Sécurité du revenu* et plus particulièrement le premier paragraphe de son article 6 et le premier paragraphe de son article 16.

09800	Pour remplir le formulaire intitulé « Rapport médical » prescrit par le Ministre	**20,00**

2° Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par un médecin du ministère chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou au barème de non-disponibilité du programme « Actions positives pour le travail et l'emploi » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la *Loi sur la sécurité du revenu*.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801	pour l'information fournie	**20,00**

II. Le médecin transmet ses relevés d'honoraires à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit pour le compte du Ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.

III. Ce protocole d'accord prend effet le 1er octobre 1993. Ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 1er jour de octobre 1993.

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE représenté par le sous-ministre

Concernant la rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) (i) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. C-46)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. Pour le service professionnel requis par un policier dans le cadre d'un prélèvement prévu à l'article 258 (1) h) et (ii) du Code criminel (L.R.C., (1985), ch. C-46 :

Certificat du médecin qualifié

Il s'agit d'un formulaire permettant au médecin de certifier, à la suite d'une demande d'un agent de la paix :

qu'il a lui-même ou qu'il fait effectuer par un technicien qualifié, sous sa direction, les prélèvements de sang qui, à son avis, étaient nécessaires à une analyse convenable pour permettre de déterminer l'alcoolémie de la personne qu'il a identifiéeou la présence/quantité d'une drogue dans une organisme;

qu'avant de procéder ou de faire procéder au prélèvement, il était d'avis que ce dernier ne mettrait pas en danger la vie ou la santé de cette personne;

qu'il a effectué ce prélèvement à telle heure et telle minute précises, tel jour de telle année, dans la province de Québec;

qu'au moment du prélèvement, il a constitué deux échantillons de sang dont l'un pour en permettre une analyse à la demande de la personne ayant subi le prélèvement, lesdits échantillons ayant été reçus directement de ladite personne dans des contenants approuvés VacutainerXF947 qui ont ensuite été scellés et identifiés par un numéro;

qu'il a effectué ou fait effectuer ce prélèvement avec le consentement de la personne concernée;

dans le cas d'un ordre donné en vertu de l'article 256, qu'à son avis, la personne concernée était incapable de donner son consentement au prélèvement de son sang à cause de son état physique ou psychologique résultant de l'absorption d'alcoolou de drogue, de l'accident ou lié à celui-ci, et qu'il a pu prendre connaissance d'un mandat autorisant l'agent de la paix à exiger un tel prélèvement;

qu'aucune forme d'alcool n'a été utilisée pour nettoyer la peau; le tout tel qu'édicté par le Code criminel et plus particulièrement son article 258 (1) h) et (i) et (ii).

09820	remplir le formulaire intitulé « certificat du médecin qualifié » et effectuer, le cas échéant, le prélèvement découlant des exigences du Code criminel	**41,80**

II. Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte du ministre de la Sécurité publique.

III. Le ministre de la Sécurité publique est partie à ce protocole d'accord en vertu de son mandat de coordination de l'activité policière.

IV. Ce protocole entre en vigueur le 1er septembre 1990.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 12e jour de juillet 1990.

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Concernant la rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la *Loi sur le curateur public*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services professionnels, ci-après énumérés, dispensés par le médecin auprès d'un patient, en vue d'un régime de protection public ou privé, la rémunération applicable est celle ci-après indiquée.

09825	- Remplir le formulaire intitulé « rapport du directeur-général - évaluation médicale » ou son équivalent	**26,15**
09826	- Remplir le formulaire intitulé « réévaluation médicale » ou son équivalent	**26,15**

2. Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte du ministre de la Santé et des Services sociaux.

3. La rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord n'est pas sujette à l'application de l'annexe IX de l'entente générale.

4. Ce protocole d'accord entre en vigueur le 15 avril 1990 et ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 3e jour de juillet 1992.

ANDRÉ BOURBEAU
Ministre
Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du Revenu

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins omnipratriciens du Québec

SAM ELKAS
MInistre
Mnistère de la Sécurité publique

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

PRÉAMBULE PARTICULIER

Les activités de prévention s'inscrivent notamment dans le cadre des objectifs poursuivis par le *Programme national de santé publique 2015-2025*. Elles visent à faire la promotion de saines habitudes de vie, à réduire l'incidence de certaines maladies et à rendre accessibles des soins et services de qualité.

La réalisation des actes de prévention primaire ou secondaire suppose différentes actions impliquant, selon le cas, une évaluation, un dépistage, la communication de résultat, le counselling, la prise en charge, tout en assurant l'orientation de la personne dont l'état le requiert vers un autre professionnel de la santé pour investigation complémentaire, diagnostic, traitement ou autre.

Dans le cadre des activités cliniques préventives, peut être facturée spécifiquement **l'intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).**

L'intervention préventive relative aux ITSS a pour objet la cueillette de renseignements permettant l'évaluation du niveau de risque d'ITSS chez une personne symptomatique ou asymptomatique et les actions spécifiques de nature préventive appropriées selon le niveau de risque décelé, dont :

- le counselling pré-test,
- l'évaluation des indications de dépistage et d'immunisation,
- la détection d'ITSS par analyse de biologie médicale à des fins de dépistage et de diagnostic, le cas échéant.
- l'interprétation des résultats des analyses et l'établissement du diagnostic,
- la communication des résultats d'analyse,
- la prescription du traitement approprié et l'intervention préventive visant la notification des partenaires,
- le counselling post-test que les résultats soient positifs ou négatifs,
- l'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial.

Cette intervention peut être facturée lorsqu'elle est faite en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement. Elle nécessite généralement plus d'une visite. Toutefois, en CLSC ou en GMF-U en établissement, l'intervention préventive relative ITSS ne peut être réclamée avant le 1er novembre 2015.

Remplir et acheminer à la Direction de santé publique le formulaire de déclaration obligatoire lorsque requis par la *Loi sur la santé publique* est inclus dans l'intervention préventive.

Le médecin peut facturer l'intervention préventive relative aux ITSS autant à la première visite qu'au cours des visites subséquentes. Il peut la facturer seule ou à l'occasion d'un examen effectué auprès du patient. La durée de cette intervention est d'au moins quinze (15) minutes au-delà du temps consacré à l'examen s'il est indiqué.

Au cours de la même visite, le médecin ne peut facturer l'intervention clinique ou la psychothérapie.

.

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

B1 - ACTIVITÉS CLINIQUES PRÉVENTIVES

MARC-YVAN CÔTÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

CLÉMENT RICHER
Président
Fédération ds médecins omnipraticiens du Québec

15230 Intervention préventive relative aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par bloc complet de 15 minutes

en cabinet	30,80
en CLSC ou en GMF-U en établissement	24,87

NOTE : La durée de l'intervention ne comprend pas la durée de l'examen, le cas échéant.

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'intervention.*

C - ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.1 Aux fins du présent tarif, constitue un acte diagnostique ou thérapeutique tout acte médical visé au présent préambule.

1.2 Lorsqu'une entrevue avec le médecin a pour objet unique la dispensation d'un acte diagnostique ou thérapeutique, le médecin ne peut réclamer d'autre honoraire que celui prévu pour cet acte.

1.3 Tout acte diagnostique ou thérapeutique dispensé lors d'un examen, d'une visite ou d'une consultation est tarifé au taux d'honoraire prévu au présent tarif.

Toutefois, si plus d'un acte diagnostique ou thérapeutique est dispensé lors d'un examen, d'une consultation ou d'une visite, le médecin reçoit le plein montant de l'honoraire payable pour l'acte le mieux rémunéré et la moitié pour chaque acte additionnel (MOD 050).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **ADT multiple effectué à la même séance**.

1.4 Sédation-analgésie

En dehors du contexte visé par le Préambule particulier d'anesthésie, le médecin qui effectue un acte diagnostique ou thérapeutique et qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (excluant le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un acte diagnostique ou thérapeutique désigné par les parties soit effectué, a droit à un supplément au tarif de l'acte de 28 $ au 1er octobre 2018 et de 28,30 $ au 1er octobre 2019. Le médecin ne peut alors cumuler la rémunération prévue pour un blocage nerveux diagnostique et thérapeutique. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention (P.A.D.T. 1.4). Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***70099***.

.

		R = 1	R = 2
	La rémunération de l'anesthésie locale, excluant le coût du produit injecté, reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.		

ALLERGIE

00400	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) en cabinet seulement, lorsque faite sans examen; une seule ou plusieurs injections dans la même séance	5,10	
	Cuti-réaction (intradermo-réaction ou scarification)		
00105	par test, chacun	2,00	
	maximum 2 fois par période de 12 mois	50,00	
00150	Scarification ou intradermoréaction aux venins d'insectes ou à un médicament		
	par test, chacun	5,45	
	maximum semi-annuel	49,05	
00107	Transfert passif	47,75	
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation	49,05	
	Test par application (patch test)		
00110	par test	1,60	
	maximum	40,00	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **00105**, **00150** et **00110**, inscrire le nombre de tests.*		
00152	Perfusion intraveineuse de gamma globuline, incluant la surveillance	16,40	
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	150,35	
00815	Test de provocation bronchique à l'histamine ou méthacholine ou les deux incluant la participation professionnelle au procédé et l'interprétation	56,60	
00211	Test de provocation cutanée spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	66,75	
00367	Test de provocation orale spécifique incluant les examens, les visites, les consultations, la participation professionnelle au procédé et l'interprétation, par jour	153,60	
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant trois (3) études rhinomanométriques) incluant surveillance	114,20	
00334	Désensibilisation aux médicaments incluant tous les soins, par jour	326,90	

00161	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une (1) ou plusieurs injections par séance	14,90	
00778	Traitement immunologique de la leucémie lymphoblastique par scarification au B.C.G.	C.S.	2

AUDIOMÉTRIE ET EXAMENS VESTIBULAIRES

	tonale		
00160	interprétation	3,35	
00180	interprétation et technique de procédé	15,40	
	tonale et vocale		
00156	interprétation	5,55	
00747	interprétation et technique de procédé	20,50	
	tests spéciaux		
00157	interprétation	3,35	
00748	interprétation et technique de procédé	14,70	
	corticale		
00158	interprétation	14,55	
09423	interprétation et technique de procédé (P.A.D.T. 1.4)	57,55	
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes transtympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	112,70	5
00779	Évaluation auditive avec médicament (glycerol)	19,05	
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non automatique), unilatérale ou bilatérale	3,55	
00145	Tronc cérébral (bilatéral) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	98,40	5
	Examens vestibulaires (bilatéral)		
00755	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard exécutés avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	19,05	
00841	épreuve à la xylocaïne-histamine pour bourdonnement d'oreilles	13,60	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	19,80	
00759	épreuves optocinétiques exécutées avec l'utilisation d'un électronystagmogramme ou d'une lunette grossissante de Frenzel	19,05	

00198	Tympanogramme (appareil automatique), uni ou bilatéral	4,05	

BIOPSIE avec ou sans guidage échographique (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

00165	anus (P.A.D.T. 1.4)	27,05	3
00166	aponévrose	61,30	3
00167	bouche	28,25	3
00168	bourse profonde	67,95	3
00169	bourse superficielle	31,70	3
00782	bronche, par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	43,20	
00171	clitoris	29,60	3
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,95	3
00173	conduit auditif externe	23,15	3
----	conjonctive	(voir ophtalmologie)	
00177	endomètre (P.G. 2.4.7.7B) (P.A.D.T. 1.4)	20,35	3
00179	estomac (perorale)	22,25	3
00181	foie (à l'aiguille, percutanée) (P.A.D.T. 1.4)	52,30	3
00183	gaine tendineuse	53,40	3
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (P.A.D.T. 1.4)	41,15	3
00185	gencives	16,20	3
00186	glande de Bartholin	15,00	3
00187	glandes salivaires	35,80	3
00188	grande lèvre	15,40	3

09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	65,40	3
00190	intestin grêle (perorale)	53,40	2
00192	langue	23,70	3
----	larynx	(voir pneumologie)	
00194	lèvre	17,45	3
00195	ligament	53,60	3
00308	masse cervicale (à aiguille) (P.A.D.T. 1.4)	37,45	3
	moelle osseuse (P.A.D.T. 1.4)		
00196	aspiration seulement (P.A.D.T. 1.4)	21,70	2
00197	aspiration et interprétation (P.A.D.T. 1.4)	40,00	3
00199	Silverman (aiguille de...), technique seulement (P.A.D.T. 1.4)	21,70	3
00202	muscle	58,45	3
00220	nerf périphérique	71,10	3
00203	nez	27,05	3
00204	nez, tumeur endonasale	34,35	3
----	orbite	(voir ophtalmologie)	
00207	oreille moyenne	21,45	3
----	os (à l'aiguille)	(voir musculo-squelettique)	
	osseuse ouverte		
----	os majeur	(voir musculo-squelettique)	
----	os mineur	(voir musculo-squelettique)	
00213	palais	26,15	3
----	paupières et sourcils	(voir ophtalmologie)	
00215	peau et tissus sous-cutanés (P.A.D.T. 1.4)	24,55	3
00221	pharynx	24,65	3
00222	plèvre (à l'aiguille)	62,05	3

00797	plèvre ou poumon ou les deux, au trépan pneumatique	203,45	3
00226	préscalénique	89,20	3
00227	prostate (à l'aiguille)	49,15	3
00223	rate (avec manométrie)	64,20	3
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	74,50	3
00231	rectum	17,25	3
00232	rein (à l'aiguille) (P.A.D.T. 1.4)	118,55	3
00798	sein (à l'aiguille), une (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	24,65	3
	AVIS **:** *Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général.*		
00498	pour une (1) ou plusieurs biopsies d'une lésion distincte au même sein lors de la même séance, supplément	9,25	
00236	sinus	17,80	3
00175	synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	93,90	4
00238	tendon	51,10	3
	testicules		
00241	unilatérale ou bilatérale	55,70	3
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	73,55	3
00242	thyroïde (à l'aiguille)	32,65	3
----	transtrachéale ou transbronchique	(voir pneumologie)	
00244	urètre (sans endoscopie)	12,80	3
00245	vagin ou vulve	24,50	3
00246	vaisseau superficiel	58,85	3

BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

	bloc facettaire sous contrôle scopique uni ou bilatéral		
00217	un niveau	51,76	

	chaque niveau supplémentaire	25,88
	maximum	155,28
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de niveaux.*	
00722	bloc veineux	35,30
00255	blocage d'un nerf somatique important tel radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur	24,70
	blocage nerveux continu par injection d'anesthésique local dans un cathéter intrapleural, incluant les examens, les visites, les consultations, l'insertion du cathéter, la surveillance et les injections	
09481	pour les premières quarante-huit (48) heures	130,75
09482	en postopératoire immédiat, pour les premières quarante-huit (48) heures	70,75
09483	réinjections et/ou examens et/ou visites après quarante-huit (48) heures, par jour, par patient	33,25
00257	caudal	45,70
00256	épidural, cervical, thoracique ou lombaire	46,40
00258	ganglion de Gasser	64,20
00259	ganglion sphéno-palatin	54,85
00260	ganglion stellaire	38,90
00261	nerf fémoro-cutané	31,25
00262	nerf laryngé supérieur	32,00
00719	nerf obturateur	33,85
00263	nerf phrénique	37,35
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	129,50
00265	nerf sus-scapulaire	29,40
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	45,80
00280	paravertébral de nerf somatique sous scopie seulement (thoracique, lombaire ou cervical)	32,60
	maximum par jour	78,00
	Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance, les examens, les visites et les consultations au cours de la même journée	

00292	une (1) racine	160,30
00293	deux (2) racines ou plus	240,40
	paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire)	
00268	unilatéral	30,70
00269	plexus brachial	42,20
00322	sinus carotidien (P.A.D.T. 1.4)	35,60
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	34,70
00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	37,70

NOTE : pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie, les prestations ci-dessus sont majorées de 100 % (MOD 052).

AVIS **:** *Pour le code de facturation **00480**, utiliser l'élément de contexte* **Injection de phénol**.

Pour les autres codes de facturation, utiliser l'élément de contexte **Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie.**

CARDIOLOGIE ET ANGIOLOGIE

Angiologie

La présente section s'applique aux médecins 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 artério-veineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25 %. (MOD 016)

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **En vue de l'étude d'un ou de plusieurs pontages artériels ou de fistules artérioveineuses.**

Angiographie veineuse

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)

	veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
00129	patient de deux (2) ans ou plus	28,75	3
00233	patient de moins de deux (2) ans	39,15	4
	veine thoracique ou abdominale		
00133	patient de deux (2) ans ou plus	55,15	3
00886	patient de moins de deux (2) ans	69,35	3
	par dissection veineuse		
	veine cave supérieure ou inférieure		
00135	patient de deux (2) ans ou plus	61,65	3
00888	patient de moins de deux (2) ans	92,50	3
	sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine		
00141	patient de deux (2) ans ou plus	88,90	3
----	maximum	222,25	
00621	patient de moins de deux (2) ans	133,45	4
----	maximum	333,63	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **00141** et **00621**, inscrire le nombre de services.*

	Angiographie artérielle		
	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)		
	artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)		
00142	patient de deux (2) ans ou plus	33,45	3
00408	patient de moins de deux (2) ans	46,25	3
	artère sous-clavière		
00139	patient de deux (2) ans ou plus	75,90	4
00619	patient de moins de deux (2) ans	113,85	4
	artère carotide ou vertébrale		
00143	patient de deux (2) ans ou plus	84,95	4
00409	patient de moins de deux (2) ans	115,65	4
	artère thoracique ou abdominale		
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		

00130	patient de deux (2) ans ou plus (P.A.D.T. 1.4)	66,70	3
00883	patient de moins de deux (2) ans	92,50	4
	aortographie translombaire		
00131	patient de deux (2) ans ou plus	85,40	4
00884	patient de moins de deux (2) ans	128,05	4
	par dissection artérielle		
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
00132	patient de deux (2) ans ou plus	106,15	3
00885	patient de moins de deux (2) ans	133,40	4
	artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coéliaque, mésentérique, bronchique)		
	ajouter à l'aortographie non sélective		
00134	patient de deux (2) ans ou plus	28,45	
----	maximum	113,80	
00887	patient de moins de deux (2) ans	44,40	
	maximum	177,60	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **00134** et **00887**, inscrire le nombre de services.*		
	Coronarographie		
00294	patient de deux (2) ans ou plus	142,35	4
00488	patient de moins de deux (2) ans	213,45	4
	Angiocardiographie		
	non sélective (par voie veineuse)		
00126	patient de deux (2) ans ou plus	41,10	4
00219	patient de moins de deux (2) ans	53,40	5
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire		
00102	patient de deux (2) ans ou plus	88,90	4
----	maximum	177,80	
00191	patient de moins de deux (2) ans	133,45	5
----	maximum	266,90	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **00102** et **00191**, inscrire le nombre de services.*		

	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires :		
	avec coronarographie		
00103	patient de deux (2) ans ou plus	177,85	3
00193	patient de moins de deux (2) ans	266,80	4
	sans coronarographie		
00104	patient de deux (2) ans ou plus	118,55	3
00218	patient de moins de deux (2) ans	177,85	4
	Introduction d'une substance pharmacologique au cours d'une angiographie		
	Supplément à la technique d'angiographie effectuée peu importe le nombre		
00144	patient de deux (2) ans ou plus	14,25	
00420	patient de moins de deux (2) ans	21,30	
	L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque, lorsque réalisé au cours de la même séance ou le même jour.		
09301	Angioplastie coronarienne transluminale percutanée, incluant le cathétérisme cardiaque avant et après la dilatation fait durant la même séance	609,70	5
09302	dilatation de chacune des artères supplémentaires	124,55	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'artères supplémentaires.*		
09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (P.G. 2.9)	563,25	7
09361	dilatation additionnelle, supplément	124,55	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de dilatations additionnelles.*		
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse	592,90	11
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	185,05	9
	Dans les cas d'angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique, ou d'une oblitération d'un canal artériel perméable, la prestation inclut les études hémodynamiques si elles ont été effectuées au cours des douze mois précédents, sauf le même jour.		

00597	Ponction péricardique (P.A.D.T. 1.4)	48,65	3
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments) (P.A.D.T. 1.4)	146,65	4
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	20,50	
00489	Cardioversion électrique avec ou sans défibrillation, lors de la même séance, une (1), par séance (P.A.D.T. 1.4)	84,00	3
	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque permanent		
00251	patient de deux (2) ans ou plus	142,35	4
00469	patient de moins de deux (2) ans	213,45	3
	La réanimation est effectuée dans un cas d'arrêt cardiaque ou de situation grave et complexe où l'instabilité clinique du patient nécessite un traitement immédiat (choc hémodynamique, coma, insuffisance cardio-respiratoire sévère, convulsions actives) incluant l'examen, la visite et tout autre service médical dispensé durant la manoeuvre, par le médecin. Le médecin doit consigner au dossier les notes pertinentes.		
	Réanimation		
00828	premier quart d'heure (P.G. 2.4.7.3 C)	113,20	
00829	chaque quart d'heure supplémentaire (P.G. 2.4.7.3 C)	28,25	
	AVIS : *Pour le premier quart d'heure, utiliser le code de facturation **00828** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes supplémentaires suivant le premier quart d'heure, utiliser le code de facturation **00829** et inscrire l'heure de début la période supplémentaire et la durée supplémentaire.* *La durée du premier quart d'heure ne doit pas être incluse dans la durée supplémentaire.* *Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.*		
	Réanimation du nouveau-né à la naissance		
00823	sans intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	29,60	
00824	avec intubation (P.G. 2.4.7.3 C)	59,20	
	Soins à l'unité coronarienne :		
00717	incluant un premier examen et l'interprétation de bandes de rythme pour les six (6) premiers jours par jour, par patient	41,00	

AVIS **:** *Inscrire :*

- la date d'entrée du patient à l'unité coronarienne;

- le lieu de dispensation;

- le secteur d'activité **Unité coronarienne**.

Électrophysiologie

NOTE : Un maximum de 939,25 $ au 1er septembre 2018 et de 948,65 $ au 1er octobre 2019 par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « **Électrophysiologie** ».

AVIS **:** *Le maximum de 948,65 $ vise la combinaison de services codifiés* ***00170, 00248, 00176, 00291, 09422, 00323, 09471, 00564*** *ou* ***09345*** *effectués le même jour.*

00170	Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His) incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire (P.G.2.9)	160,15	3
00248	ablation du nœud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément	118,55	4
00176	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (P.G.2.9)	513,45	5
00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	237,20	4
09422	avec mapping gauche, supplément	118,55	4
00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	134,80	4
09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément NOTE : Le service médical codé 09471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 09422 et 00323	237,20	4
	NOTE : Les services médicaux codés 00170 et 00176 ne peuvent être facturés à la même séance. Un maximum de 4 unités de base peut s'ajouter en supplément au tarif anesthésique de la stimulation programmée du cœur.		
00564	Test de la table basculante pour syncope vasomotrice, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire	154,05	

NOTE : La durée habituelle de ce test est d'une heure et demie et la présence continuelle du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé. Ce procédé ne peut être fait que dans un établissement.

AVIS **:** *Inscrire le code de diagnostic*.
Voir la rubrique Répertoire des diagnostics.

09345	Cartographie cardiaque peropératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire	444,70

Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

Le cathétérisme cardiaque inclut notamment la consultation, la dissection artérielle ou la ponction/l'utilisation d'un cathéter, l'enregistrement des pressions intravasculaires et intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.

Les services médicaux de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », y compris l'angiologie, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de deux (2) ans.

Les actes hémodynamiques d'une durée de deux heures et demie (2 ½ h) ou plus donnent droit à un supplément auquel s'ajoute un montant pour chaque période additionnelle complète de quinze (15) minutes. Ces suppléments de durée ne peuvent excéder une durée totale de trois heures et quart (3 ¼ h).

00566	deux heures et demie (2 1/2 h) ou plus, supplément	38,45
00567	période de quinze (15) minutes additionnelles	38,45
	maximum	153,80

AVIS : *Pour la première période de 2 heures et demie, utiliser le code de facturation **00566** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes additionnelles suivant la première période de 2 heures et demie, utiliser le code de facturation **00567** et inscrire l'heure de début de la période additionnelle et nscrire la durée additionnelle.*

La durée de la première période de 2 heures et demie ne doit ne doit pas être incluse dans la durée additionnelle.

Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

00300	Un maximum d'honoraires est payable pour l'ensemble des services médicaux de la sous-rubrique « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques » y comprise l'angiologie, faits durant la même séance pour un patient âgé de deux (2) ans ou plus.		
	Maximum d'honoraires	332,40	
	NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.		
00310	Les actes hémodynamiques effectués chez un patient de moins de deux (2) ans sont rémunérés à 125 % du tarif prévu jusqu'à un maximum d'honoraires.		
	Maximum d'honoraires	415,45	
	NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément du durée ci-dessus, le cas échéant.		

AVIS **:** *Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, utiliser les codes de facturation de chaque service rendu.*

00617	Cathétérisme aortique (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	61,65	3
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	128,10	3
00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	125,80	3
09492	voie d'approche transseptale, supplément	130,75	1
09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	118,55	1
00525	Cathétérisme des veines caves, rénales et/ou sushépatiques pour enregistrement de pression et/ou prélèvement (P.G. 2.9)	70,85	
00530	Cathéter, électrode de stimulation cardiaque temporaire (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	103,60	3
00535	Épreuve d'entraînement sélectif du coeur incluant l'électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	58,85	

00540	Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément (P.G. 2.9)	32,45	
00545	Électrocardiogramme endocavitaire (P.G. 2.9)	31,15	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque unifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
00685	patient de deux (2) ans ou plus	14,50	
00690	patient de moins de deux (2) ans	18,20	
	Programmations initiale et subséquentes d'un stimulateur cardiaque bifocal sous contrôle électrocardiographique (maximum deux re-programmations par année)		
00693	patient de deux (2) ans ou plus	74,95	
00705	patient de moins de deux (2) ans	94,30	
00313	Programmation et/ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électro-cardiographique (maximum six (6) programmations et/ou vérifications par année)	65,40	4
	Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes		
00550	veino-artérielle et/ou artério-veineuse, supplément (P.G. 2.9)	32,05	
00560	veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le coeur droit, supplément (P.G. 2.9)	31,30	
00565	Courbe de dilution par pièce auriculaire peu importe le nombre de courbes (P.G. 2.9)	32,65	
00570	Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes) (P.G. 2.9)	77,50	
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (P.G. 2.9)	246,85	4
00301	Cathétérisme veine ombilicale, incluant le prélèvement	53,60	3
	Cathétérisme artère ombilicale		
00306	Mise en place du cathéter incluant la dissection	35,25	2
00307	Mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement (incluant la dissection)	99,65	3
00487	Cathéter pour mesure de la tension veineuse centrale, (ne peut être réclamé au cours d'un cathétérisme cardiaque) (P.A.R. 3.02)	21,05	
	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter		
00336	artérielle (périphérique) (P.A.D.T. 1.4)	46,30	3
00337	veineuse (P.A.D.T. 1.4)	46,40	3

	Insertion percutanée d'un cathéter de dix (10) cm ou plus pour infusion intraveineuse prolongée (sauf si effectuée à l'occasion d'une intervention chirurgicale)		
00492	patient de quatre (4) ans ou plus	14,30	
00680	patient de moins de quatre (4) ans	20,35	
00557	Insertion percutanée d'un cathéter flexible pour infusion intraveineuse prolongée chez un enfant de moins de deux (2) ans	10,05	
	Cathétérismes veineux NOTE : Lorsque le médecin installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf pour le médecin anesthésiste au cours d'une chirurgie. Dans ce cas, il doit utiliser le code correspondant au supplément P.A.R. 3.02 concerné (unités de base en rôle 2). Lorsqu'un médecin installe un cathéter et que le patient nécessite une anesthésie par un médecin anesthésiste, celui-ci est rémunéré selon la valeur de base et de durée en rôle 2 du même code.		
	AVIS **:** *Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D)*		
00695	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire (P.A.D.T. 1.4)	28,90	
00669	Mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service.	50,65	
	AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens *(3051) pour chaque médecin concerné et y préciser la période couverte par l'octroi de privilèges.* *Ce formulaire peut être transmis par le service en ligne ou aux coordonnées qui y sont indiquées.*		
09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz	148,60	
00987	supplément (P.A.R. 3.02)		**9**
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire		
09305	patient de moins de 16 ans (P.A.D.T. 1.4)	74,55	3*
00993	supplément (P.A.R. 3.02)		**5**

09306	patient de 16 ans ou plus (P.A.D.T. 1.4)	43,40	3*
00994	supplément (P.A.R. 3.02)	**3**	
09307	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste (P.A.D.T. 1.4)	69,80	3*
00995	supplément (P.A.R. 3.02)	**5**	
09308	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant	189,80	
09309	si reprise de la technique en deçà de trente jours, supplément	32,05	
09327	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance, le cas échéant (P.A.D.T. 1.4)	115,80	
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	104,05	
00996	supplément (P.A.R. 3.02)		7
09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (P.A.D.T. 1.4)	48,35	

Électrocardiogramme

	en cabinet		
00340	interprétation	1,95	
00341	technique et interprétation	5,10	
00342	technique et interprétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos)	5,10	
00339	épreuve d'effort submaximal et maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)	52,60	
00344	à domicile	23,10	
00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par le médecin.		
	par heure, par patient	5,65	

Maximum quinze (15) patients

AVIS **:** *Indiquer :*

- le nombre de patients;

- le numéro d'assurance maladie de chacun;

- la durée de la surveillance.

00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de vingt-quatre (24) heures, interprétation NOTE : ne peut être facturé pour des patients hospitalisés	10,05

Électrocardiogramme en établissement

Un médecin qui, dans un établissement détient un statut et des privilèges lui permettant d'interpréter des électrocardiogrammes a droit d'être rémunéré pour les interprétations qu'il effectue lui-même aux conditions suivantes :

1. La rémunération pour l'interprétation d'un électrocardiogramme inclut l'enregistrement du tracé, le cas échéant, la lecture du tracé enregistré sur document permanent, la rédaction et la signature du rapport, sa communication et son intégration au dossier.

2. La rémunération pour un électrocardiogramme comprend l'interprétation d'un nombre suffisant de tracés pour poser un diagnostic.

AVIS **:** *Le médecin doit détenir des privilèges pour interpréter un électrocardiogramme en établissement.*

L'établissemenet doit transmettre à la RAMQ le formulaire Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens *(3051).*

Pour les codes de facturation ***30010*** *à* ***30130****, utiliser la* Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte *(1606).*

Voir le Guide de facturation – Services de laboratoire en établissement (SLE).

30010	Interprétation d'un électrocardiogramme	1,95
30060	Épreuve d'effort sub-maximal et maximal incluant l'électrocardiogramme au repos exécuté au moyen d'un tapis roulant et/ou d'une bicyclette ergométrique avec monitoring continu de l'électrocardiogramme (surveillance et interprétation)	37,70
30120	Interprétation d'un électrocardiogramme par enregistrement épicardique	5,70
30110	Étude des paramètres d'un stimulateur cardiaque ou caractérisation d'arythmie par bande de rythme transmise par téléphone et venant de l'extérieur de l'hôpital (avec rédaction de rapport)	1,75

30130	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 30060 le même jour chez le même patient)	68,00
	Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps différé)	
	interprétation seulement	
00756	une bande de douze (12) heures	9,40
	visualisation, enregistrement, interprétation	
00757	une bande de douze (12) heures, (pour les deux premières bandes), chacune	35,30
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de bandes de 12 heures.*	
00758	les bandes de douze (12) heures subséquentes et consécutives, chacune	17,05
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de bandes de 12 heures subséquentes et consécutives.*	
	Électrocardiogramme dynamique (analyse en temps réel), par vingt-quatre (24) heures	
00630	technique et interprétation	42,45
	Mesure du débit cardiaque par thermodilution	
00846	par mesure	21,20
	maximum par patient par jour, quatre (4) mesures	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de services.*	
	NOTE : ce service médical est inclus dans la valeur de base au cours d'une anesthésie.	
00182	Intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux prévus au préambule particulier d'anesthésie réanimation	29,40
	Exsanguino-transfusion (patient de plus de seize (16) ans) méthode iso-volumétrique	
00712	initiale, incluant l'examen, la visite et la consultation	204,25
00713	subséquente	136,25
00714	multiple	C.S.
00715	Leucophérèse	171,90
00406	Plaquettophérèse	163,40
00647	Transfusion directe, exsanguino-transfusion (chacune)	148,20
	Pacemaker	
00146	installation d'un pacemaker cutané antéro-postérieur (P.A.D.T. 1.4)	28,25

DERMATOLOGIE

	Chimiothérapie	
----	lésion cutanée (une (1) ou plusieurs) *(annexe I, préambule général)*	
----	intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale, intraveineuse	(voir hyperalimentation, injection...)
	- Cryothérapie d'une lésion ***(annexe I du préambule général)***	
00425	Infiltration intralésionnelle (une (1) ou plusieurs lésions)	1,40
00468	Injection de substance sclérosante, intralésionnelle (dermatologie) une (1) ou plusieurs	7,90
00830	Photochimiothérapie	20,30
00821	Traitement de Goekerman	6,05
00328	Traitement de l'acné par chirurgie et/ou cryothérapie et/ou thérapie physique (excluant le Laser) y compris l'extraction de comédons, un (1) ou plusieurs traitements par séance	1,40

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du patient.

2. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée.

3. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à huit (8) canaux et un tracé enregistré avec un minimum de dix-sept (17) électrodes comprenant cinq (5) à huit (8) montages différents ou à partir d'un appareil à seize (16) canaux avec quatre (4) à six (6) montages différents et, dans l'un ou l'autre cas, une (1) ou deux (2) activations par hyperventilation et stimulation intermittente.

00347	Électroencéphalogramme de base	37,00
	Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base À l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter	
00735	Étude avec électrodes pharyngées	4,15

00736	Étude de la réactivité cérébrale (tests corticaux)	15,75
	Corticographie	
00889	un (1) médecin	400,65
09421	deux (2) médecins, chacun	177,85
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation mineure périphérique	
00333	première heure	59,30
	chaque heure supplémentaire	23,70
	AVIS **:** *Indiquer la durée de l'activité.*	
	NOTE : les codes 00145 et 00509 effectués dans la même séance que 00333 ne sont pas sujets à l'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques ».	
	AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Effectué à la même séance que l'enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal**.	
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	177,85
00117	Mesures sériées de la latence d'endormissement	
	Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes : le monitoring électroencéphalographique, le monitoring électrocardiographique, l'électro-oculogramme et l'électromyogramme, au cours d'un minimum de quatre (4) séances distinctes, d'une durée maximale de vingt (20) minutes chacune, réparties sur une période de huit (8) heures, par patient	117,70

ÉLECTROMYOGRAPHIE

1. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et apparaît au tarif en regard de chacun des actes.

2. L'électromyographie de base est une étude, par électrodes insérées dans plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal tel qu'observé sur un oscilloscope et entendu sur un haut-parleur connexe au système d'enregistrement et souvent enregistré sur papier sensible ou photographie.

3. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué.

Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.

4. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.

5. L'étude détaillée de la transmission neuromusculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice, ces potentiels étant mesurés sur document photographique.

Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également.

6. Le réflexe « H » est une analyse de la latence du potentiel tardif obtenu par stimulation antidromique d'un nerf. Elle inclura une étude du rapport des amplitudes du potentiel moteur et de ce potentiel tardif. Elle s'effectue généralement sur un (1) ou deux (2) nerfs.

L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon.

7. Les réflexes trigémino-faciaux sont obtenus par stimulation du nerf sus-orbitaire d'un côté, le potentiel étant recueilli simultanément par des électrodes insérées dans les muscles orbiculaires près des yeux des deux côtés, cette manoeuvre étant répétée pour une stimulation contrelatérale du nerf sus-orbitaire selon les mêmes modalités. Les potentiels peuvent souvent aussi être recueillis au niveau d'autres muscles de la face dans cette même étude. Cette analyse doit être effectuée sur document photographique.

00356	Électromyographie de base (détection visuelle), moins de sept (7) muscles	46,30
09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins vingt (20) paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	83,00
09412	Électromyographie extensive, sept (7) muscles et plus	68,00
00357	Étude de la conduction nerveuse	10,85
	chaque type, chaque nerf supplémentaire, supplément	10,85

NOTE : L'addition des suppléments au tarif de base, lors d'une même séance, détermine la procédure principale pour l'application de l'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques ».

AVIS **:** *Inscrire le nombre d'études.*

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	23,70	
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	16,10	
00386	Réponses cutanées sympatiques (RCS) :		
	stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral	10,25	
00360	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une étude de documents photographiques, une analyse avant et après tétanisation ou exercice	61,65	
00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal (en établissement seulement)	32,75	
09409	Test au curare, régional, supplément (en établissement seulement)	35,60	
00363	Réflexe H ou onde F - chacun	7,80	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de réflexes H ou d'ondes F.*

00366	Réflexes trigémino-faciaux	32,75	
00355	E.M.G. quantitatif incluant documents photographiques et analyse détaillée d'au moins vingt potentiels différents	62,90	
00359	Étude électromyographique chez tout enfant de moins de douze (12) ans, supplément (en établissement seulement)	21,30	

GASTROENTÉROLOGIE

Aspiration

00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	13,80	
00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	21,20	
00410	Extraction de fécalome volumineux (P.A.D.T. 1.4)	46,15	3
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	61,65	

Endoscopie gastro-entérologique

	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois		
00691	diagnostique (P.A.D.T. 1.4)	70,75	3
00874	avec dilatation (sténose) et/ou extraction de corps étrangers et/ou exérèse d'un ou plusieurs polypes et/ou fulguration de lésions de la muqueuse, et injection de substances sclérosantes pour contrôle d'hémorragie, supplément	49,20	1
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément	21,20	1
09486	avec coagulation de lésion hémorragique, une ou plusieurs, supplément	64,20	
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une (1) ou plusieurs, supplément	128,35	1
09373	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, supplément	68,85	1
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	20,60	
00548	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	61,65	2
09374	Cholédochoscopie trans-fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	136,40	3
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréaticobiliaires incluant, le cas échéant, l'oesophagogastroscopie	183,90	4
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	86,30	
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion trans-endoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique (P.A.D.T. 1.4)	279,70	3
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément	98,30	1
	NOTE : La coloscopie inclut la recto-sigmoïdoscopie.		
	Coloscopie avec coloscope long (plus de soixante-dix (70) cm) :		
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (P.A.D.T. 1.4)	141,50	3
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (P.A.D.T. 1.4)	120,35	3
00703	coloscopie du côlon descendant (P.A.D.T. 1.4)	77,85	3
	Coloscopie avec coloscope court (soixante-dix (70) cm ou moins)		
00863	coloscopie avec coloscope court (P.A.D.T. 1.4)	46,75	

00749	Exérèse de polype (un (1) ou (2) deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	56,60	
	chaque polype supplémentaire	14,10	
	maximum pour l'ensemble des polypes excisés	141,20	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de polypes.*		
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	20,50	
09488	Coagulation de lésion hémorragique au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	65,40	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse au cours d'une coloscopie, une (1) ou plusieurs, supplément	118,55	2
00122	Dilatation d'une sténose intestinale par endoscopie, avec un cathéter ballonet, et/ou mise en place perendoscopique d'un tube de décompression colique et/ou extraction de corps étrangers, supplément	49,05	3
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de trente (30) cm ou moins)		
00635	sans manipulation (P.A.D.T. 1.4)	20,10	3
00636	avec biopsie unique ou multiple (P.A.D.T. 1.4)	28,35	3
00706	avec exérèse de polypes (un (1) ou (2) deux) incluant la biopsie (P.A.D.T. 1.4)	68,05	3
	chaque polype supplémentaire	11,35	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	147,50	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de polypes.*		
	Oesophage		
00620	dilatation de l'oesophage avec dilatateurs guidés rigides, sur un fil d'acier ou une corde incluant fluoroscopie NOTE : Ce code ne peut être réclamé le même jour que le code 00691 ou qu'un de ses suppléments.	111,05	4
00569	études de la motilité de l'oesophage	70,75	
	monitoring ambulatoire de vingt-quatre (24) heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur		
00701	technique	14,10	
00702	interprétation	21,20	
09338	pHmétrie oesophagienne de vingt-quatre (24) heures, surveillance et interprétation, non informatisée	98,65	
00572	pH et motilité de l'oesophage (combiné)	84,30	
09339	test à l'ergonovine, supplément à 00569 ou 00572	32,05	

09340	test au betanechol, supplément à 00569 ou 00572	32,05	
00571	pH oesophagien pour reflux	28,05	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	20,95	
00562	bougirage (P.A.D.T. 1.4)	29,75	3
00563	cardio-myorrhexie	86,85	4
00573	tamponnage oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (P.A.D.T. 1.4)	28,35	3
00574	supervision par jour	12,55	
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non informatisée	308,45	
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	66,75	
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale trans-cutanée	67,95	
	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées		
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	61,65	
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	61,65	
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	147,95	
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	94,85	
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	123,30	
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	59,30	
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I.C.G. (indocyanide green)	66,75	
	Soins médicaux prodigués par un médecin dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient.		
	Honoraire global incluant actes diagnostiques et/ou thérapeutiques y afférents		
09377	premier jour (journée de la greffe)	415,05	
09378	deuxième au cinquième jour (par jour)	296,50	
09379	sixième au dixième jour (par jour)	118,55	

09380	onzième au quinzième jour (par jour)	88,95	
09381	premier au quinzième jour inclus (honoraire global)	2 638,50	
----	Laparoscopie	(voir onglet appareil digestif)	
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	19,15	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	22,05	

GYNÉCOLOGIE

00109	Amnioscopie	19,30	
00401	Examen gynécologique sous anesthésie générale, sauf si effectué au cours de la même séance opératoire qu'un acte de chirurgie gynécologique	27,05	2
20025	Extraction de stérilet, acte compliqué (P.G. 2.4.7.7 A) (P.A.D.T. 1.4)	58,75	3
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	100,65	3
00466	Hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé	29,60	
00490	Insémination artificielle	20,60	
00205	Insertion de stérilet incluant l'examen, la visite ou la consultation effectué antérieurement ou concurremment à cet égard (P.A.D.T. 1.4)	55,95	
------	en cabinet (P.G.2.4.7.7 A)	63,80	

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Séance différente** *si l'examen, la visite ou la consultation est fait après l'installation du stérilet lors d'une séance différente.*

HYPERALIMENTATION, INJECTION, INSUFFLATION, PONCTION

Hyperalimentation

00844	hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause)	153,95	
09331	installation de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	145,95	4

00845	révision de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	79,95	4
09332	exérèse de cathéter d'hyperalimentation prolongée type Scribner ou Broviac	65,20	3
	Injection		
	injection intra-abdominale, intrapleurale, intrapyélique, intravésicale ou autre d'agent chimiothérapeutique incluant, s'il y a lieu, évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique		
00583	première injection	43,00	
00603	chaque injection subséquente à la même séance	24,00	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'injections subséquentes.*		
00734	intraveineuse (injection d'une (1) ou plusieurs substances antinéoplasiques)	28,15	
	Injection de médicament ou de substance thérapeutique dans articulation temporo-mandibulaire		
00201	Médication ou substance thérapeutique intra-articulaire	13,80	
00228	médication sclérosante incluant la substance	63,95	
00431	bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum trois (3))	16,50	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'injections.*		
00430	capsules, gaines, tendons, ligaments ou fascia	16,65	
	NOTE : Les codes 00201, 00431 et 00430 ne peuvent être réclamés avec le code 00254, 00124 ou 00324 le même jour, au même site d'injection ou de ponction.		
00429	cornets du nez	17,95	3
00432	trachée et bronches (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) par intubation trachéo-bronchique (P.A.D.T. 1.4)	41,90	
09487	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	30,80	3
00485	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie ou de la spasticité d'origine neurologique excluant le spasme hémifacial et le blépharospasme	163,60	3
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial (P.A.D.T. 1.4)	92,55	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée (P.A.D.T. 1.4)	74,05	4
00473	injection intra-artérielle thérapeutique (vasodilatateur)	21,40	

00474	injection intradermique, sous-cutanée et intramusculaire pour fins de prévention et de traitement, inoculation, vaccination, etc., en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen Évaluation d'un patient dans le cadre d'une séance de vaccination antigrippale de masse, à l'exclusion d'un groupe indentifiable, aux fins d'administration du vaccin par voie intramusculaire ou intranasale.	2,30	
20021	en cabinet pour chaque patient supplémentaire à compter du 201e le même jour	12,00	
20022		6,00	
20023	en établissement pour chaque patient supplémentaire à compter de la 201e le même jour	9,05	
20024		4,50	
	NOTE: Dans les situations visées, cette rémunération s'applique à l'exclusion de toute autre rémunération, y compris un éventuel supplément à titre de la clientèle vulnérable.		
00477	injection intraveineuse, enfant jusqu'à quatre (4) ans, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	5,50	
00478	injection intraveineuse, enfant de quatre (4) ans ou plus, adulte, en cabinet ou à domicile, lorsque faite sans examen	3,90	
00479	injection intraveineuse : cuir chevelu, en cabinet ou à domicile	12,95	
00480	injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol, la rémunération est doublée (MOD 052) (P.A.D.T. 1.4)	21,10	3
	injection de substance de contraste incluant les tests de sensibilité à la substance injectée		
00816	cavernographie	14,65	
----	dacryocystographie	(voir ophtalmologie)	
00443	hystéro-salpingographie	42,60	3
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	27,55	
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	26,15	
00452	sinusographie (neurologie, neuro-chirurgie)	133,90	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	52,40	3
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	120,45	7
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	69,15	7
	injection de substance sclérosante (seul le médecin peut injecter la substance sclérosante)		
00464	dans veine hémorroïdaire (une (1) ou plusieurs injections)	13,55	

	dans veine variqueuse des membres inférieurs, en établissement		
00527	injection pour sclérose de la crosse de la saphène interne	30,85	
00528	saphène externe	21,80	
00529	autres injections : une (1) ou deux (2), total	8,45	
----	injection au-delà de la deuxième (maximum douze (12))	2,25	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'injections.*		
	NOTE : les télangiectasies, les pinceaux artério-veineux et les varicosités ne sont pas considérés comme des veines variqueuses.		
----	Injection rétrobulbaire thérapeutique	(voir ophtalmologie)	
----	Injection sous-conjonctivale	(voir ophtalmologie)	
	Insufflation gazeuse		
00497	pneumomédiastin	21,20	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	12,95	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	32,50	
00505	pneumothorax thérapeutique amorce	20,90	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation	14,05	
	pneumothorax, traitement		
00615	ponction évacuatrice (P.A.D.T. 1.4)	32,30	
00616	aiguille et drainage continu (P.A.D.T. 1.4)	64,50	
	Perfusion régionale		
00295	mise en place d'un cathéter veineux central permanent par abord sous-clavier		
	type infusaid ou Port-a-Cath	176,90	4
00296	exérèse de l'appareillage de perfusion continue	80,65	3
	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)		
	À la demande d'un coroner, chez le patient décédé		
20026	prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical, le cas échéant, toutes techniques	31,35	
20027	prélèvement de sang dans la veine cave, unique ou multiple, tout site de ponction	50,35	
	.		
	NOTE : Le coroner investigateur (par opposition à un coroner examinateur) ne peut pas se prévaloir des codes 20026 et 20027.		

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

00582	abdominale pour fin diagnostique ou évacuation d'ascite (P.A.D.T. 1.4)	14,05	3
00683	artérielle pour prélèvement sanguin (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9)	14,45	
00684	artérielle et mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4) NOTE : l'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut les ponctions de sang artériel dans le cathéter.	29,15	
00254	drainage de la bourse séreuse ou articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (P.G. 2.4.7.7 B) (P.A.D.T. 1.4) ***AVIS*** **:** *Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général.*	19,00	2
09402	recherche de cristaux	14,35	
00588	cisternale	33,25	
	drainage thérapeutique incluant prélèvement diagnostique		
00590	premier	31,15	2
00589	subséquent	15,20	
00592	ganglion, un (1) ou plusieurs (P.A.D.T. 1.4)	17,20	
00594	kyste mammaire	22,75	
00584	kyste thyroïdien	47,25	2
00596	lombaire avec ou sans épreuve manométrique (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	61,65	3
00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	172,90	
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise (P.A.D.T. 1.4)	50,30	
00598	périnéale et insufflation gazeuse	34,20	
09418	pleurale (P.A.D.T. 1.4)	43,25	3
00591	réinfusion d'ascite i.v.	33,90	
00604	saignée	14,80	
00605	splénique (aspiration et manométrie)	66,50	3

---	transsclérale	(voir ophtalmologie)
00751	veine fémorale ou jugulaire (P.A.R. 3.02, P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	21,85
00608	veineuse : patient de moins de quatre (4) ans	5,90
00609	veineuse : patient de quatre (4) ans ou plus, au cabinet seulement	3,90
00610	veineuse : cuir chevelu	14,05
00611	vessie (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	15,85
00875	ponction et lavage péritonéal par insertion d'un cathéter	41,40

LABORATOIRE

Analyse de laboratoire en cabinet ou à domicile :

		R = 7	**R = 8**
00111	Analyse d'urine avec microscopie	2,70	
00127	Examen microscopique du sédiment urinaire et interprétation	10,60	
00113	Glycémie (par méthode biochimique quantitative incluant le prélèvement)	3,35	
00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie)	2,00	

Épreuves de fonction respiratoire

Rôle = 7

La tarification du rôle 7 a trait aux honoraires se rapportant à la composante professionnelle du médecin qui permet d'établir la valeur de la participation professionnelle à l'épreuve, ce qui comporte la vérification des techniques et des résultats, aussi bien que la participation directe à certaines épreuves plus complexes.

Ces honoraires comprennent l'interprétation.

OU

Rôle = 8

La tarification du rôle 8 a trait aux épreuves dont le médecin donne l'interprétation.

L'article 1.3 du préambule particulier « Actes diagnostiques et thérapeutiques » ne s'applique pas aux épreuves de fonction respiratoire.

Débits

Débits expiratoires forcés

NOTE : les débits expiratoires forcés incluent, le cas échéant, la courbe débit-volume. Pour donner droit au paiement tous ces tests doivent être effectués à l'aide d'un vitalographe et leur interprétation doit être consignée au dossier.

volume expiratoire maximal seconde, capacité vitale forcée, débit maximal médian 25-75

00384	avant bronchodilatateur, en cabinet seulement	8,65	5,40
00382	après bronchodilatateur, en cabinet seulement	9,30	5,25

ÉPREUVES, ÉTUDES ET TESTS (prélèvement, surveillance et interprétation)

		R = 1	R = 2
00119	Acidification urinaire, en établissement	19,30	
00128	Détermination de la filtration glomérulaire par « clearance » à l'insuline (incluant technique et interprétation), en établissement	64,20	
	Épreuve à (au)		
00805	amytal carotidien, unilatérale	72,30	
00806	angiotensine	14,20	
00369	bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	24,85	
00842	bromocryptine	11,50	
09325	clonidine	44,40	
00704	dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	84,90	
00843	ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	75,50	
00395	fluorescéine (intestins)	24,85	
00808	héparine (PHLA)	26,15	
00660	histamine	16,30	
00397	insuline (Hollander)	20,95	
00762	morphine et prostigmine	20,20	
00396	sécrétine (intestins)	26,95	
00394	tensilon (incluant l'injection)	20,10	
	Épreuve de		
09320	concentration urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation	61,40	
	dilution urinaire incluant les examens, les visites, les consultations, la surveillance et l'interprétation		
09321	sans mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	57,90	
09322	avec mesure des taux sériques d'hormone antidiurétique	112,70	
09323	dépistage clinique de phéochromocytome comprenant les examens, les visites, les consultations, la surveillance médicale, l'interprétation des résultats et l'injection lorsque nécessaire des substances pharmacologiques (ex. phentolamine, glucagon, métoclopramide, etc.)	57,90	
00415	traction cervicale graduée sous surveillance médicale incluant les examens et les visites au cours de l'épreuve	92,55	
00368	exercice ischémique	1,20	
00423	Huhner	18,50	
	Kveim (sarcoïdose)		
00687	sans biopsie	2,50	

00688	avec biopsie	18,25	
09319	Miller et Zurzov	13,10	
00810	Pak	14,70	
00393	provocation biliaire à la cholécystokinine	5,95	
00661	réabsorption phosphatique	16,10	
00398	stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	23,70	
00761	tolérance au glucose par voie orale (O.G.T.T.) ou intraveineuse	12,85	
00807	épreuve cétogène, épreuves au glucagon et hypoglycémie cétogène comprises	23,70	
09326	épreuve dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	241,80	3
	Étude du		
00666	taux de sécrétion d'aldostérone	12,05	
00667	taux de sécrétion de COF	11,50	
09372	Évaluation d'une dose thérapeutique d'iode	35,30	
	Test		
09417	à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	18,50	
09324	au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les examens, les visites, les consultations, la surveillance médicale et l'interprétation	35,30	
09354	d'infusion de sulfate de sodium, incluant les examens, les visites et les consultations	53,40	
00711	de stimulation endorphinique incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance	136,25	
00831	de stimulation à l'EDTA	22,10	
00348	respiratoire à hydrogène	19,45	
	Épreuves, études et tests endocrinologiques effectués par un médecin, autres que ceux déjà énumérés		
09371	Épreuve dynamique avec mesures hormonales	43,35	
00121	Mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les examens, les visites et les consultations des premières quarante-huit (48) heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse	136,20	3
	Examen		
00402	microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal NOTE : ne peut être réclamé en même temps que le code 00404	7,15	
00403	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc. incluant l'examen microscopique à l'état frais et après coloration et la culture, par site (cabinet seulement)	13,60	
00404	microbiologique, bactériologique, mycologique, etc., incluant l'un ou l'autre de l'examen microscopique à l'état frais et après coloration ou la culture, par site (cabinet seulement)	6,80	

NÉPHROLOGIE

	Dialyse		
	Dialyses péritonéales		
	Techniques chirurgicales		
00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	41,00	3
00311	installation ou exérèse de cathéter type Tenckhoff ou d'Oreopoulos (P.A.D.T. 1.4)	144,25	3
	Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)		
	Visites pour le traitement pour dialyse péritonéale, incluant tous les soins, par patient		
00283	pour les premières quarante-huit (48) heures	372,25	
00284	après quarante-huit (48) heures, par jour	36,55	
	NOTE : les honoraires pour les premières quarante-huit (48) heures ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six (6) semaines suivant le dernier traitement par dialyse péritonéale		
	Visites pour le contrôle du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient, comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant et après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie et revue de l'évolution du patient en plus de l'examen lors d'une visite périodique		
00285	patient de plus de seize (16) ans	196,20	
00286	patient de seize (16) ans ou moins	392,15	
	Visites pour le traitement par hémodialyse, incluant tous les soins, par patient		
00287	première	372,25	
	subséquente		
00288	patient de plus de seize (16) ans	39,65	
00289	patient de seize (16) ans ou moins	77,05	
	NOTE : les honoraires pour la première hémodialyse ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six (6) semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.		
00290	Visites pour le contrôle du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant et après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie et revue de l'évolution du patient en plus de l'examen lors d'une visite périodique, par patient	177,85	
00147	Visites pour le contrôle du traitement par hémodialyse en centre satellite comprenant la revue du dossier de chaque dialyse, l'interprétation des résultats sanguins avant ou après chaque dialyse, le contrôle de l'anticoagulothérapie, la surveillance hebdomadaire d'une dialyse et le contrôle à distance des traitements, par mois, par patient	296,50	

	Hémofiltration artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf le premier examen et l'insertion du cathéter.		
09382	trois (3) premiers jours, par patient, par jour	139,15	
09383	après trois (3) jours, par patient, par jour	56,60	
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation		
09426	premier jour	196,20	
09427	deuxième jour	88,95	
09428	troisième jour	88,95	
09429	par jour subséquent	41,45	
	AVIS **:** *Indiquer la date d'entrée en établissement.*		
00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur	92,55	
00699	Thérapie immunosuppressive pour transplantation rénale, traitement complet pré et postopératoire	577,65	
00419	Installation de canules artérielles et veineuses (P.A.D.T. 1.4)	238,95	4
	Révision ou réinstallation de canules		
00426	canule artérielle ou veineuse (P.A.D.T. 1.4)	82,15	4
00427	canule artérielle et veineuse (P.A.D.T. 1.4)	109,80	4
00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale, par voie transcutanée, tout site (P.A.D.T. 1.4)	42,50	3
00428	Déblocage de canule artérielle ou veineuse par une sonde (thrombectomie) lorsque le déblocage de canule est suivi d'un remplacement de canule, l'honoraire prévu pour le déblocage est inclus dans celui du remplacement	82,15	3
09330	Exérèse de canules artérielle et veineuse	103,00	3
	Mesure de Tm (glucose, phosphates, bicarbonates		
00618	service professionnel (incluant surveillance, interprétation et rapport écrit)	65,40	

NEUROCHIRURGIE

	Drainage		
00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) P.A.R. 3.02	181,25	
00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	192,10	5
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps	294,15	11
00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	207,90	5
	Ponction sous-durale		
00664	unilatérale	50,95	
00665	bilatérale	73,55	

00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant	27,50	5
	(ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)		
00668	Trépanation simple	127,35	7

OPHTALMOLOGIE

Oeil

(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)

AVIS **:** *Les services rendus par un médecin pour un aproblème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus et pour les prestataires du programme d'assistance emploi.*

Voir l'article 22 u) du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

	Bétathérapie	
00531	(premier traitement) unilatérale	24,85
00532	(traitements subséquents) unilatérale	14,80
	Champ visuel	
00533	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)	17,95
00534	périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques	28,25
	Périmétrie statique	
00538	courbe statique uni ou bilatérale, plusieurs méridiens enregistrés sur documents permanents (excluant la technique de dépistage d'Armaly-Drance dite des soixante-douze (72) points)	48,45
	NOTE : si la périmétrie statique et le champ visuel sont effectués chez le même patient, le médecin a alors droit à la rémunération d'un seul de ces actes.	
00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	36,80
00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	36,80
00509	Potentiels évoqués visuels (P.A.D.T. 1.4)	42,30
00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétino-photographie	38,70

00539	Étude de la vision des couleurs (technique extensive, v.g. Farnsworth - Munsell)	29,40	
00541	Examen complémentaire d'un demi-voyant (cet examen doit inclure les enregistrements de l'acuité visuelle à l'aide de boîtes d'aides visuelles du type microscopique et télémicroscopique)	47,45	
	Examen au phosphore radioactif		
00655	approche antérieure	40,70	
00659	approche postérieure	159,85	
00556	Biométrie axiale (méthode de Binkhorst ou équivalent)	23,90	
00543	Gonioscopie	12,85	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576.		
00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation	13,35	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.		
00544	Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale	75,25	3
00546	Ophtalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier)	24,50	
09424	Bilan orthoptique avec enregistrement des mesures sur document permanent, excluant les traitements	18,00	
	NOTE : la recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et P.P.C. sont inclus dans le tarif de l'examen.		
00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	27,10	
00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale	27,95	
00553	Rétinophotographie	18,25	
	Microscopie spéculaire		
00577	étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	11,85	
00555	Étude du fond de l'oeil avec dessin détaillé et enregistrement sur document permanent 8 1/2" x 11" (v.g. schéma de Shepens format 8 1/2" x 11")	39,50	
00819	Courbe de tension oculaire, incluant les examens, les visites et tonométries répétés (minimum quatre (4))	32,25	
00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (quarante-cinq (45) à soixante (60) minutes)	14,35	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	20,65	
09336	Tests aux collyres instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydroxyamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	10,00	
00860	Funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées sous anesthésie générale, chez le patient de seize (16) ans ou moins, non suivies d'un acte chirurgical le même jour	74,05	4
00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale	33,90	3

00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale	31,10	3
09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, une ou plusieurs	74,75	3
	Biopsie (unique ou multiple)		
	Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.		
00174	conjonctive	17,95	3
00206	orbite	82,20	3
00214	paupières ou sourcils	29,70	3
	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)		
00436	dacryocystographie, unilatérale	22,20	3
	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)		
00607	ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale	37,55	

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	17,40	3
00825	Crico-thyroïdotomie d'urgence	53,40	
00791	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx ou des amygdales	13,85	3
	Phoniatrie		
09341	Sonigraphie	35,95	
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	33,25	
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	39,55	
	AVIS **:** *Inscrire :* *- la durée de la rééducation;* *- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.*		
	Rhinomanométrie		
00783	interprétation	7,00	
00638	technique et interprétation	29,50	
00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie	61,25	3
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie directe (flexible) avec ou sans biopsie (P.A.D.T. 1.4)	55,40	3
	Sinus		
00640	frontal, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	34,70	3
00633	frontal, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	21,90	3
00641	maxillaire, lavage initial unilatéral (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	26,15	3
00642	maxillaire, lavage subséquent (un (1) ou plusieurs au cours de la même séance)	17,00	3
09406	endoscopie naso-sinusienne unilatérale (un (1) ou plusieurs sinus)	65,40	2

PNEUMOLOGIE

	Bronchoscopie incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie et la biopsie		
	Bronchoscopie		
09362	chez un patient intubé (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	56,60	4
09363	chez un patient non intubé (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	135,85	3
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (P.G. 2.9)	17,00	
09365	avec exérèse de tumeur, supplément (P.G. 2.9)	16,10	
00724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	177,85	1
09366	avec bronchographie, supplément	58,00	1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	75,90	1
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	75,90	1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément	61,40	1
09484	avec fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	75,90	3
00140	Contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	62,90	1
	Photocoagulation au laser par voie endobronchique, incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance rendus au cours de la même journée et les services d'un autre médecin à titre d'assistant ou de collaborateur		
09351	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques	192,60	10
09352	Cure de sténose trachéale inflammatoire	355,75	11
09353	Résection palliative d'une tumeur maligne sténosante	442,40	11
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire, incluant la bronchoscopie	296,50	5
00753	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires	308,45	6
00799	Trachéoscopie, sans autre scopie des voies respiratoires (larynx, trachée, bronches) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	73,30	3
00800	Dilatation trachéale incluant la bronchoscopie ou la laryngoscopie ou les deux P.G. 2.9)	173,85	5
00801	Ré-expansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant la bronchoscopie, l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et postopératoire et l'anesthésie locale, si employée	168,15	5
	Laryngoscopie avec ou sans biopsie		
	avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale		
00519	directe (rigide) (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	97,60	3

00511	à suspension (P.G. 2.9)	117,45	4
00512	au microscope (P.G. 2.9)	142,50	4
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (P.G. 2.9) (P.A.D.T. 1.4)	138,70	4
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (P.A.D.T. 1.4)	141,15	4
	Thoracoscopie		
00644	exploratrice	75,85	3
00645	exploratrice avec biopsie	99,65	3
00646	avec section d'adhérences	116,20	3
00412	Traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (P.A.D.T. 1.4)	80,65	2
	NOTE : ce code peut être réclamé pour le drainage fermé effectué par un drain à double J posé par voie percutanée.		
00413	Traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (P.A.D.T. 1.4)	79,30	2

RADIOLOGIE

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES FAITS SOUS CONTRÔLE FLUOROSCOPIQUE, ÉCHOGRAPHIQUE OU RADIOGRAPHIQUE

Angioplastie transluminale percutanée non coronarienne

Angioplastie transluminale percutanée d'une ou plusieurs sténoses et/ou obstruction(s) complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance

09494	par ballonnet (P.A.D.T. 1.4)	355,75	9
09495	par athérectomie (P.A.D.T. 1.4)	355,75	9
09496	par ballonnet et athérectomie (P.A.D.T. 1.4)	474,30	9
09433	Utilisation du laser intra-vasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale per-cutanée, supplément	118,55	

L'angioplastie transluminale percutanée par cathéter comprend l'évaluation pré-opératoire du patient quant à la faisabilité de la technique, la prise en charge du patient pendant l'intervention, la dilatation ou recanalisation en soi (artère, veine, greffon ou autres), la prise de tension (intra-artérielle, intraveineuse, etc.) et le calcul des gradients de pression pendant l'intervention, de même que la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents.

	Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)		
	Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)		
09436	premier vaisseau nourricier cathétérisé	303,55	14
09437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	151,75	
09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	154,20	
	Crânienne et spinale		
09439	premier vaisseau nourricier cathétérisé	518,00	14
09440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	243,05	
09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	308,30	
	L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour.		
	Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques.		
	On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.		
	Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs		
	Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du patient la mention de la technique mise en oeuvre.		
	Ne peuvent être invoqués à l'occasion des actes comportant la démonstration angiographique des vaisseaux impliqués.		
09442	Cathétérisme d'un seul vaisseau	53,60	
09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quelque soit le nombre de vaisseaux rejoints par la même voie d'entrée au cours de la même séance)	97,25	
09444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant angiographie de positionnement et mise en place d'une perfusion médicamenteuse	320,80	14
	Perfusion artérielle médicamenteuse		
09445	Repositionnement sous fluoroscopie de cathéter de perfusion vasculaire		
	(ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres)		
	maximum deux fois par 24 heures	50,35	

	NOTE : ne peut être chargé la journée de la mise en place du cathéter		
	Embolectomie		
09446	Embolectomie par cathéter trans-cutané	308,30	7
	Extraction de corps étrangers		
09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intra-vasculaire (artériel ou veineux)	308,30	7
	Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endo-veineux		
09448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endo-veineux par cathétérisme trans-cutané, incluant les examens, les visites et les consultations	228,75	7

INTERVENTIONS PER-CUTANÉES NON VASCULAIRES

	Interventions hépato-biliaires		
00435	Cholangiographie trans-hépatique/trans-vésiculaire percutanée (P.A.D.T. 1.4)	67,95	3
	Drainage percutané de voies biliaires		
09449	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	148,20	3
09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires obstruées, incluant la surveillance quotidienne, les examens, les visites, les consultations et la cholangiographie percutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, si accomplie	209,15	3
09451	dilatation percutanée par ballonet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la scopie et la documentation radiographique de contrôle, supplément	125,80	
09452	mise en place d'un support endo-biliaire (endoprothèse biliaire)	189,80	
09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	104,60	
09454	Remplacement de cathéter	46,20	3
09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	136,40	3
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction, l'acte radiologique ou échographique ainsi que la surveillance	325,40	3
	Interventions digestives		
09456	Gastrostomie percutanée, incluant l'échographie ou la fluoroscopie	183,90	4
09457	Entérostomie percutanée (coecostomie) incluant l'échographie ou la fluoroscopie	154,20	3

	Interventions urologiques ou endo-urologiques		
09458	Néphrostomie percutanée, incluant les examens, les visites, les consultations et l'injection de colorant	115,05	3
	Interventions neuro-squelettiques		
	Blocs facettaires	**(voir blocages nerveux)**	
	Discographie		
00438	1 niveau	102,80	3
00459	2 niveaux ou plus	115,05	3
	Injection de stéroides avec discographie, supplément		
09460	1 niveau	38,60	
	par niveau additionnel	25,80	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de niveaux.*		
00894	Myélographie	60,10	4
	Discoidectomie percutanée		
09461	premier niveau	296,50	6
09462	2 niveaux ou plus	355,75	6
09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux), incluant contrôle échoscopique	118,55	
00895	Pneumo-encéphalographie	73,50	5
00896	Pneumo-myélographie	76,70	5
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique		
09464	thoracique	67,75	3
09465	abdominale	56,60	3
09466	voies biliaires	141,50	3
00229	rate	46,25	3
00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	137,05	4
09467	ovaire	118,55	3
09468	estomac	59,30	3
09469	intestin	59,30	3
	Mammaire		
09470	localisation ou biopsie d'une masse mammaire palpable ou les deux	53,45	
00551	Biopsie d'une masse mammaire non palpable avec appareil dédié (plaque de compression quadrillée ou stéréotaxie), incluant la mammographie effectuée le même jour, le cas échéant	133,50	
	NOTE : le cas échéant, le tarif de la stéréotaxie s'ajoute.		
00561	Localisation d'une masse mammaire non palpable avec appareil dédié (plaque de compression quadrillée ou stéréotaxie), incluant la mammographie postlocalisation et la biopsie, le cas échéant	133,70	
	NOTE : le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et de la stéréotaxie s'ajoutent.		
	Osseuse		

00212	os	133,50	4
00247	vertèbre	120,90	3
	Ponction et/ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique) incluant l'injection de médication ou de substance thérapeutique par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique		
	Kyste ou abcès profond		
00124	membre	95,85	3
00324	colonne ou paravertébral	141,50	4
	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse		
09472	thoracique (P.A.D.T. 1.4)	169,80	4
00508	médiastinale	94,30	4
09473	abdominale	196,70	4
09474	Pseudokyste pancréatique par voie trans-gastrique	123,35	

INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE

00458	Arthrographie	23,70	2
09475	Arthrographie d'une prothèse articulaire	35,60	2
	Bronchographie incluant l'anesthésie locale et l'intubation trachéo-bronchique		
00892	unilatérale	41,35	4
00893	bilatérale	58,25	4
	Cavernosographie		
09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant ponction directe, opacification et prise de clichés, étude débimétrique avec ou sans injection de papaverine intra-caverneuse)	106,75	
00483	Cystographie/urétrographie, néphrostographie, examen de vessie iléale	21,90	2
09477	Injection intraveineuse ou intra-musculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du colon	6,80	
00441	Fistulographie	14,80	
00442	Galactographie	24,85	
00465	Herniographie	22,50	
00444	Kyste mammaire, aspiration	21,30	
00445	Kyste rénal, ponction-aspiration et injections subséquentes	82,35	2
00481	Laryngographie/pharyngogramme (incluant l'anesthésie locale et la laryngoscopie indirecte)	48,10	
00462	Lymphographie, incluant dissection	46,20	3
09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	103,10	
00155	Opacification des sinus paranasaux	7,50	
09479	Phlébographie par ponction osseuse	103,10	

00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	21,20	
00451	Sialographie	39,65	
00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	96,20	3

RADIO-ONCOLOGIE

L'article 1.3 du préambule particulier (actes diagnostiques et thérapeutiques) ne s'applique pas à la radio-oncologie et à la curiethérapie.

AVIS **:** *Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement*.

08510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	17,80	
08511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	67,10	
08507	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément	17,80	
08508	45 minutes ou plus, supplément	53,40	
	NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.		
08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie, lésions non cutanées	90,10	
08509	plus de 45 minutes, supplément	24,85	
08554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	177,85	
08555	Irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement	148,20	
08513	Traitement par isotopes métabolisés	36,80	3
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radio-active liquide	36,80	3
08515	Application de radio-isotope par plaque	29,15	3
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	629,70	
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	503,95	
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	25,25	
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	14,25	
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée)	25,25	
08566	Implantation d'un ou de plusieurs marqueurs permanents en vue de repérage d'un organe ou d'une tumeur	41,45	3
08551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	125,70	5
08552	Radiothérapie de contact intra-cavitaire (vagin)	125,70	4

CURIETHÉRAPIE

08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	38,00	
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie	56,90	
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :		
08524	bronches (P.A.D.T. 1.4)	62,85	5
08527	col utérin (maximum 2 applications/patient pour la curiethérapie à bas débit) (P.A.D.T. 1.4)	75,90	4
08528	corps utérin (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
08541	vagin (cavité vaginale) (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
08544	voies biliaires (P.A.D.T. 1.4)	62,85	3
08556	oesophage (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
08557	cavité buccale (moulage) (P.A.D.T. 1.4)	41,45	4
08558	nasopharynx (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
08559	rectum (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
08560	anus (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :		
08523	anus (P.A.D.T. 1.4)	125,70	4
08525	cavité buccale excluant la langue (P.A.D.T. 1.4)	125,70	6
08526	cerveau (P.A.D.T. 1.4)	125,70	5
08529	ganglions (P.A.D.T. 1.4)	209,15	4
08530	hypopharynx (P.A.D.T. 1.4)	189,80	5
08531	langue, portion mobile (P.A.D.T. 1.4)	125,70	5
08532	lèvres (P.A.D.T. 1.4)	94,85	3
08533	médiastin (P.A.D.T. 1.4)	189,80	5
08534	oropharynx, incluant la base de la langue (P.A.D.T. 1.4)	189,80	5
08535	peau (P.A.D.T. 1.4)	74,95	4
08536	pénis (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3
08537	rectum (P.A.D.T. 1.4)	189,80	4
08538	sein (P.A.D.T. 1.4)	62,85	4
08539	tissus conjonctifs après résection (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3
08540	tissus conjonctifs sans résection (P.A.D.T. 1.4)	251,45	3
08542	vagin (paroi vaginale) (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3
08543	vessie (P.A.D.T. 1.4)	125,70	3
08561	prostate (P.A.D.T. 1.4)	189,80	4
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement		
08562	implant interstitiel	69,30	
08563	implant endocavitaire	41,45	
	Insertion de substance radioactive		
08545	temporaire	47,40	3
08546	permanente	189,80	3
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	31,35	
08548	Retrait du matériel radioactif (P.A.D.T. 1.4)	35,60	

08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	83,00	4
08550	Retrait du matériel d'implantation (P.A.D.T. 1.4)	47,40	

SOINS INTENSIFS (réf.: Préambule général, règle 2.11)

20018	Induction de l'hypothermie thérapeutique	261,55	
20019	Installation pour ventilation en position ventrale	261,55	
20020	Mesure de la tension intra-abdominale	26,15	

AVIS **:** *Inscrire la date d'entrée et, s'il y a lieu, la date de sortie de l'unité de soins intensifs ou coronariens.*

UROLOGIE

00154	Aspiration de la vessie par trocart avec mise en place d'un tube sus-pubien (P.A.D.T. 1.4)	67,10	3
00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile en dehors d'un acte diagnostique, thérapeutique ou chirurgical, autre qu'une scopie urinaire ou un drainage sus-pubien (P.A.D.T. 1.4)	29,40	3
00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux	84,90	
00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique ou interprétation ou les deux	42,45	3
	Cystoscopies (incluant l'urétroscopie et la dilatation urétrale et l'injection de colorant)		
	NOTE : la cystoscopie peropératoire n'est pas payable si le patient a subi une cystoscopie préalable au cours des trente (30) jours précédents.		
00320	cystoscopie diagnostique ou urétroscopie ou les deux (y compris la recherche de trajet fistuleux)	56,60	3
00315	avec ablation d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre ou de la vessie (P.A.D.T. 1.4)	106,15	2
00316	avec électrocoagulation ou biopsie ou excision ou les deux de lésions vésicales et/ou urétrales	73,60	2
00317	avec méatotomie urétérale, pour sténose	88,95	2
00318	avec résection d'un urétérocèle	88,95	2
	avec cathétérisme des uretères, unilatéral ou bilatéral :		
00319	diagnostique	63,70	3
00314	avec extraction ou tentative d'extraction d'un calcul urétéral par panier	128,10	2
00709	installation par cystoscopie d'un cathéter urétéral double J, incluant la dilatation urétérale, le cas échéant	141,50	2

09407	Cystoscopie et refoulement rétrograde ou tentative (toute manoeuvre) de refoulement pyélique d'un calcul urétéral lombaire, incluant les sondes de drainage	140,30	2
	Dilatation de la loge prostatique, par ballon hyperbare, incluant la cysto-urétroscopie sous anesthésie générale		
00361	première intervention	130,75	3
00362	intervention subséquente	88,95	3
00726	Dilatation de la vessie par cystoscope ou cathéter pour cystite interstitielle sous anesthésie générale (cystoscopie incluse)	56,60	3
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie générale	12,85	3
00731	Première dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme	25,45	3
00732	Dilatation ultérieure d'un rétrécissement de l'urètre pénien par passage de bougie ou de sonde filiforme	18,10	2
00708	Dilatation d'une sténose ou d'un rétrécissement urétéral (à tout niveau) ou urétéro-pyélique toute technique incluant les tubes de drainage dont le double J et l'urétéroscopie mais excluant la néphrostomie	139,05	2
00411	Extraction par les moyens simples d'un calcul ou d'un corps étranger de l'urètre antérieur	48,25	2
00321	Épreuves des différences quantitatives et chimiques de la fonction rénale	65,55	2
09357	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicale ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	59,30	3
09358	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicale ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	28,25	3
09310	Néphroscopie percutanée avec ou sans néphrostomie, incluant biopsie et urétéroscopie descendante s'il y a lieu	177,85	2
00857	Profil urétral statique ou dynamique ou les deux, comprenant la prise de pression intra-abdominale le cas échéant, la surveillance immédiate de l'acte, l'enregistrement graphique, l'interprétation et le compte rendu de même que les épreuves pharmacologiques	42,70	2
00793	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez le patient de moins de seize (16) ans) et la débimétrie, avec ou sans E.M.G., technique ou interprétation ou les deux	37,00	
00858	Profil urétral statique ou dynamique ou les deux, avec ou sans la prise de pression intra-abdominale, interprétation et compte rendu	17,00	2

00793	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez le patient de moins de seize (16) ans) et la débimétrie, avec ou sans E.M.G., technique ou interprétation ou les deux	37,00	
	Réduction manuelle de paraphimosis (toute technique)		
00721	sous anesthésie générale ou régionale (P.A.D.T. 1.4)	63,50	3
09311	Urétéroscopie par voie ouverte ou fermée, incluant biopsie ou néphroscopie ascendante ou les deux s'il y a lieu	130,75	2
	Urétroscopie		
00651	avec exérèse de calcul ou de corps étranger de l'urètre	95,10	2
00652	urétroscopie ou cysto-urétroscopie avec urétrotomie interne non associée à une RTU	64,20	2
00653	urétroscopie avec électrocoagulation ou exérèse de polypes de l'urètre postérieur	67,90	2

DIVERS

00777	Mise en place d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence en établissement (P.A.D.T. 1.4)	45,25	
----	Cautérisation pour point lacrymal	**(Voir appareil visuel)**	
	Diabétothérapie		
09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les examens, les visites, les consultations et la surveillance	169,35	
09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de quatre (4) patients diabétiques, pour une période service continu de 60 minutes ou plus	91,00	
	NOTE : par centre hospitalier ou par cabinet pour l'ensemble des médecins		
	1) Maximum de 2 séances d'enseignement par jour		
	2) Maximum de 4 séances d'enseignement par semaine		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de patients et le numéro d'assurance maladie de chacun.*		
09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire		
	(maximum une (1) fois par patient par année)	34,65	
	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables		
00335	traitement initial par patient	58,35	
09315	vérification du traitement, par période de trois (3) mois, par patient	49,85	
00345	installation initiale de la pompe et du cathéter	133,50	
	Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.		
09316	perfusion continue d'insuline, par jour, incluant la surveillance, les examens, les visites et les consultations		

	maximum de cinq (5) jours par patient, par hospitalisation (P.A.R. 3.02)	42,60	
	AVIS **:** *Indiquer la date d'entrée en établissement.*		
----	Électrolyse des cils	**(voir appareil visuel)**	
00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée (dans certains établissements seulement)	40,30	
	NOTE : voir Lettre d'entente nº7		
00679	Exercices thérapeutiques collectifs pré et postnataux incluant, s'il y a lieu, l'examen, la visite ou la consultation	7,50	
	(maximum par session de 89,40 $ au 1er septembre 2018 et de 90 $ au 1er octobre 2019)		
	NOTE : La prestation maximum payée pour une même patiente est limitée à 37,25 $ au 1er septembre 2018 et à 37,50 $ au 1er octobre 2019 pour les sessions prénatales et à 22,35 $ au 1er septembre 2018 et à 22,50 $ au 1er octobre 2019 pour les sessions postnatales.		
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de patients et le numéro d'assurance maladie de chacun.*		
00407	Extraction de bague, acte compliqué	34,85	3
00159	Grattage, pelage, taillage de callosités (en cabinet, au bénéfice d'un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus)	9,05	
00521	Manipulation d'une (1) ou de plusieurs articulations	6,80	
00523	Manipulations vertébrales	6,80	
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une (1) ou plusieurs	32,05	
00628	Mise en place d'un pantalon antichoc incluant le contrôle et, le cas échéant, l'enlèvement	42,00	
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le foetus, sous contrôle échoscopique	124,55	
	Oxymétrie transcutanée uni ou multi sites, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle doppler avec provocation, en établissement		
20028	interprétation	45,80	
00578	Pansement de vingt (20) cm^2 ou plus, en cabinet	11,20	
	Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance		
	étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs		
09385	interprétation	12,35	
09386	technique et interprétation	42,45	
	Oculopléthysmographie (deux (2) yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :		
09387	interprétation	11,85	
09388	technique et interprétation	35,60	
	Photopléthysmographie		

	Étude des flots avec enregistrement graphique	
	flots supraorbitaires	
09389	interprétation	11,85
09390	technique et interprétation	25,70
	flots digitaux, un ou plusieurs doigts	
09391	interprétation	13,15
09392	technique et interprétation	24,65
	mesure du reflux veineux bilatéral	
09393	interprétation	11,85
09394	technique et interprétation	25,70
	Pneumopléthysmographie segmentaire	
	Enregistrement du volume du pouls à au moins quatre (4) niveaux des deux (2) membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins six (6) niveaux des deux (2) membres inférieurs et interprétation du tracé	
	au repos	
09395	interprétation	12,35
09396	technique et interprétation	42,45
	à l'effort	
09397	technique et interprétation	42,45
	Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts	
	mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre	
09398	interprétation	13,15
09399	technique et interprétation	56,60
	Capillaroscopie péri-unguéale, par séance	
00353	technique et interprétation	35,60
	Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques	
00137	interprétation	12,35
00138	technique et interprétation	47,40
20179	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques et les visites par jour	696,20
20180	si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale supplément, le jour du décès cardiocirculatoire	261,50
	NOTE : Les codes 20179 et 20180 peuvent être réclamés par un seul médecin par jour.	
	• NOTE : MÉDECINE HYPERBARE : Les traitements en chambre hyperbare sont payables au médecin omnipraticien désigné par les parties négociantes et qui détient une nomination et des privilèges spécifiques en médecine hyperbare dans une installation d'un établissement reconnu par les parties négociantes.	•
	Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la visite, la consultation ou l'examen préalable et la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)	

(le patient et le médecin sont dans la chambre)

00837	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	284,60
09346	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	83,00
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	54,45

AVIS :

09347	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	11,85

AVIS **:** *Pour la première heure, utiliser le code de facturation **00837** et inscrire l'heure de début du service. Pour chaque patient supplémentaire lors de la première heure, utiliser le code de facturation **09346** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes additionnelles suivant la première heure, utiliser le code de facturation **00838** et inscrire l'heure de début de la période additionnelle et la durée additionnelle du traitement. Pour chaque patient supplémentaire lors de la période additionnelle, utiliser le code de facturation **09347** et inscrire l'heure de début de la période additionnelle et la durée additionnelle du traitement.*
La durée de la première heure ne doit pas être incluse dans la durée additionnelle.
Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas, sauf pour les codes de facturation pour chaque patient supplémentaire traité simultanément.

Surveillance

(le patient est dans la chambre et le médecin est à l'extérieur)

00839	première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	167,25
09348	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	48,80
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (P.G. 2.4.7.3 C)	27,90

AVIS **:**

09349	pour chaque patient supplémentaire traité simultanément (P.G. 2.4.7.3 C)	6,90

AVIS **:** *Pour la première heure, utiliser le code de facturation* ***00839*** *et inscrire l'heure de début du service. Pour chaque patient supplémentaire lors de la première heure, utiliser le code de facturation* ***09348*** *et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes additionnelles suivant la première heure, utiliser le code de facturation* ***00840*** *et inscrire l'heure de début de la période additionnelle et la durée additionnelle de la surveillance. Pour chaque patient supplémentaire lors de la période additionnelle, utiliser le code de facturation* ***09349*** *et inscrire l'heure de début de la période additionnelle et la durée additionnelle de la surveillance.*
La durée de la première heure ne doit pas être incluse dans la durée additionnelle.
Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas, sauf pour les codes de facturation pour chaque patient supplémentaire traité simultanément.

20084 Supplément lorsque le traitement en chambre hyperbare exige un déplacement d'urgence pour rendre le service le samedi, le dimanche, une journée fériée ou tout autre jour de 19 h à 7 h — 29,65

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*
Voir la règle 2.4.7.3. D du préambule général.

TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES

AVIS **:** *Voir la* Lettre d'entente n° 8 *et son annexe 1 dans le* Manuel des médecins omnipraticiens – Brochure n° 1.
Le tarif n'est pas soumis au 2e alinéa de la règle 1.3 du préambule particulier de l'onglet C – Actes diagnotisques et thérapeutique.

Par séance, (peu importe le nombre et le type de traitements dispensés) — 12,95

CODE TYPE DE TRAITEMENT

00671 chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672 électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)
00673 ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674 exercices de rééducation, respiration
00675 hydrothérapie (bain de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676 mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677 ultra-sons

00678 ultra-violet

00670 T.E.N.S.

00686 techniques de mobilisation (par approche musculo-squelettique spécifique)

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Traitement de physiatrie supplémentaire** *pour :*

- le traitement d'une personne de 65 ans ou plus par du personnel auxiliaire en clinique de physiothérapie désignée;

- un traitement supplémentaire dans la même séance pour toute personne assurée par un médecin en cabinet.

ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE

Le médecin qui effectue dans un contexte d'urgence une échographie ciblée dans le but d'orienter l'investigation, de poser un diagnostic ou d'évaluer la réponse à un traitement peut se prévaloir de la rémunération de l'échographie ciblée d'urgence. Un maximum de deux examens échographiques peuvent être réclamés lorsque le même médecin effectue un tel examen auprès du même patient plus d'une fois la même journée. Dans tous les cas, le médecin doit manipuler la sonde pour l'acquisition d'images et consigner ses observations au dossier. Il est tenu de déposer au dossier, avec ses observations, la documentation iconographique pertinente.

00689 Échographie ciblée d'urgence 21,80

NOTE : Seul celui qui est habilité par l'octroi de privilèges de pratique spécifiques en échographie peut demander le paiement de ce service.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ un avis d'assignation pour chaque médecin concerné en précisant la période couverte par l'octroi de privilèges.*

Le formulaire Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes et médecins omnipraticiens *(3051) peut être transmis par les services en ligne ou aux coordonnées indiquées sur le formulaire.*

D - ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 OBJET

1.01 Le présent préambule a pour objet de régir la tarification de l'anesthésie-réanimation.

2.00 DÉFINITIONS

2.01 Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale, le bloc digitalet le bloc paracervical.

2.02 Intervention : une chirurgie, un acte diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiste.

2.03 Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont, pendant une même anesthésie, pratiquées chez un même patient.

3.00 HONORAIRE GLOBAL

3.01 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global. Sont compris dans cet honoraire tous les soins que le médecin anesthésiste donne au patient pendant la durée de l'anesthésie ainsi que, pour les soins habituels, l'examen en salle de réveil.

3.02 Sont toutefois exclues de l'honoraire global les procédures codées P.A.R. 3.02.

3.03 Les actes nouveaux sont payables sauf ceux que les parties déterminent comme faisant partie de l'honoraire global.

3.04 Le médecin qui pratique l'intervention n'a pas droit aux honoraires d'anesthésie sauf autrement prévu au tarif.

4.00 EXAMEN

4.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement de ses honoraires d'examen, de visite ou de consultation, conformément aux règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS **:** *Voir la règle 2 du préambule général*.

4.02 L'examen préanesthésie est rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

5.00 MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

5.01 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux (2) composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; pour l'autre, la somme des unités de durée.

5.02 Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

5.03 Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiste consacre au soin du patient; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

AVIS **:** *L'anesthésiste (R=2) doit s'assurer que sa facture porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de facturation indiqué dans le* Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

6.00 DURÉE

6.01 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiste a charge du patient.

6.02 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiste prend contact avec le patient pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiste confie la surveillance du patient au personnel de la salle de réveil.

6.03 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze (15) minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit (8) premières périodes; deux (2) unités de durée, pour chaque période supplémentaire; et trois (3) unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze (15) minutes.

7.00 INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE

7.01 Le médecin anesthésiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue. (MOD=047)

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du patient.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **En raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue**.

8.00 PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE PRÉCHIRURGICALE

8.01 Le médecin anesthésiste a droit au plein tarif de l'anesthésie, lorsque son concours est requis pour une procédure diagnostique préchirurgicale dont la tarification est de quatre (4) unités de base ou plus.

9.00 CHIRURGIES MULTIPLES

9.01 Lorsque plusieurs chirurgies sont pratiquées pendant la même séance opératoire, le médecin anesthésiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

10.00 ANESTHÉSISTE COLLABORATEUR

10.01 Le médecin anesthésiste qui agit comme collaborateur (R=3) a droit à la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum quatre (4), pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

10.02 Le médecin anesthésiste collaborateur a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du patient; on applique à cet égard les dispositions de l'article 5.00.

AVIS **:** *L'anesthésiste collaborateur (R=3) doit s'assurer que sa facture porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal en utilisant toutefois le code de facturation paraissant dans le* Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte.

11.00 REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION

11.01 Le médecin anesthésiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du patient.

11.02 Le médecin remplaçant n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes (MOD=037) : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiste a consacrées au soin du patient.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Remplaçant au cours d'une anesthésie**.
Indiquer l'heure du début de l'intervention commencée par l'autre médecin. La durée de l'intervention d médecin remplaçant ***est calculée à l'aide de l'heure de début et de l'heure de fin du service***.

12.00 ANESTHÉSIE CHEVAUCHANT PLUS D'UNE PLAGE HORAIRE

12.01 Le médecin anesthésiste doit utiliser le modificateur 130 lorsque l'intervention chevauche plus d'une plage horaire.

13.00 PARTICIPATION

13.01 Le médecin anesthésiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du patient pendant qu'on pratique cette intervention, sans qu'il n'y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

14.00 ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

14.01 Sauf s'il se présente une procédure obstétricale ou une urgence grave, un médecin anesthésiste ne peut, en cours d'intervention, être rémunéré pour plus d'un patient.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Anesthésie simultanée pour une procédure obstétricale** *ou* **Anesthésie simultanée pour une urgence grave**.

15.00 MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

15.01 Le médecin anesthésiste, à l'exclusion de l'anesthésiste collaborateur, reçoit une majoration sur les honoraires de tous les examens préanesthésiques et de tous les services médicaux anesthésiques selon l'âge de la personne qui fait l'objet des services. Les majorations sont les suivantes :

- de la moitié pour les enfants âgés de moins de 2 ans # (MOD 428);

- du quart pour les enfants âgés de 2 à 8 ans inclusivement # (MOD 429);

- du quart pour les patients âgés de 70 ans ou plus # (MOD 430).

15.02 Pour les fins de ces majorations, sont réputés constituer des services anesthésiques les services de l'onglet anesthésie, l'ensemble des services réclamés en rôle 2 et, en centre hospitalier les codes suivants lorsqu'ils sont réclamés en rôle 1 : 00217, 00722, 00255, 09481, 09482, 09483, 00257, 00256, 00258, 00259, 00260, 00261, 00262, 00719, 00263, 00264, 00265, 00720, 00280, 00292, 00293, 00268, 00269, 00322, 00270, 00271.

R = 1 **R = 2**

ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

VALEUR DE L'UNITÉ : 16,05 $ au 1er septembre 2018 et 16,20 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Pour un service rendu en rôle 2 ou en rôle 3, l'heure exacte de début et de fin du service doit être indiquée en tout temps.*

Pour un service pour lequel les unités de durée ne sont pas payables, inscrire l'heure réelle de début et de fin du service.

Pour un supplément, inscrire la même heure de début que celle du service pour lequel le supplément est facturé. Inscrire la même heure de fin que celle de début.

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

	Extraction dentaire simple	(voir système digestif)
00904	Résection de racine dentaire	4*
00905	Obturation dentaire	4*
00918	Pulpectomie	4*
00919	Traitement de canal dentaire	4*
00960	Extension des replis muqueux	4*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche	7*
00962	Implantation de prothèse dentaire	4*
00963	Alvéoloplastie	4*
00964	Alvéolectomie	4*
00966	Ablation de tissu hyperplasique	4*
00967	Alvéolite	4*
00968	Fracture alvéolaire	4*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme	4*
00970	Ablation de torus	4*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit uniquement à l'examen préanesthésique et aux unités de durée	

	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle)	
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie	4*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	4*
	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux	
00924	avec ou sans appareil de traction	4*
	Maxillectomie	
00930	partielle	9*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoidienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoidien (unilatérale)	4*
	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)	
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	4*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétrotubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	4*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	4*
	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	5*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une (1) ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)	3*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)	
00957	repositionnement bilatéral	9*
00959	diminution	7*
00925	Curetage sous-gingival	4*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
00907	sans la présence d'un anesthésiste	47,10
00908	avec la présence d'un anesthésiste	24,50
	NOTE : cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour le médecin.	

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Accouchement ou période du travail, ou les deux

00921	sous anesthésie générale	8
00910	sous anesthésie régionale par injection unique	8
00911	sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie postaccouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter	14

NOTE : si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne devient nécessaire, l'honoraire de cette dernière, (codes d'acte 06912 ou 06913), s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où le médecin anesthésiste prend contact avec la patiente pour effectuer l'induction.

- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.

ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) par examen	10,10
	maximum par jour	38,60
00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée postponction de la dure-mère	100,75
	Épidurale continue pour soulager la douleur	
	pour les premières quarante-huit (48) heures	
00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les examens, les visites, la surveillance et les injections (P.G. 2.4.7.3 C)	216,05
	après quarante-huit (48) heures	
00935	réinjections et/ou examens, et/ou visites par jour, par patient (P.G. 2.4.7.3 C)	40,30
00952	Épidurale différentielle incluant les examens, les visites et consultations, les injections et la surveillance (P.G. 2.4.7.3 C)	216,05

NOTE : comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient.
Ce test a une durée moyenne de trois heures. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.
Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.

Douleur aiguë ou douleur chronique :

Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleural, incluant les examens, les visites et les consultations, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

00997	**période de 24 heures ou moins**		4
00998	**période de plus de 24 heures**		8
00999	**période de plus de 96 heures, par jour, supplément**		3

Prise en charge par un médecin anesthésiste chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

00988	**période de 24 heures ou moins**		4
00989	**période de plus de 24 heures**		8
01900	**période de plus de 96 heures, par jour, supplément**		3
01901	Tests à la phentolamine et à la lidocaïne pour douleur chronique NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour. NOTE : Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.	64,20	

INHALOTHÉRAPIE

00917	Examen de contrôle (P.G. 2.2.9 A)	8,75	
	Maximum par jour	35,00	
	NOTE : ne peut être facturé par un médecin qui a réclamé le rôle 2 auprès du même patient, le même jour.		
00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de cinq (5) ou moins		4

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin anesthésiste (v.g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		1*
00927	Contrôle subséquent, par examen (P.G. 2.4.7.3 C)	15,50	
	Maximum par jour	59,20	
	NOTE : Cet examen ne peut être jumelé le même jour par le même médecin avec un autre examen.		
	Niveau II Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin anesthésiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle		
00990	Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical		4*
00991	Contrôle subséquent, par examen *(P.G. 2.4.7.3 C)*	15,50	
	Maximum par jour	88,80	
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un laryngo-scope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. (P.A.R. 3.02)		9
00940	Intubation endobronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible (P.A.R. 3.02)		7
00926	Soins de ventilation postopératoire à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement, des examens et des visites		3

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, est de (MOD=036) 17*

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* ***Utilisation du coeur-poumon artificiel au cours d'une anesthésie***.

TRANSPLANTATIONS

00932	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base	11*

DIVERS

00981	Anesthésie pour angioradiologie (P.G. 2.9)	5*
00982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne	5*
00954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie	4*
	NOTE : l'examen préanesthésique s'applique au début de la série de traitements seulement.	
00986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur	3*
00958	Anesthésie générale pour épiglottite (P.G. 2.9)	9*
00971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale	3*
00972	Anesthésie pour ablation de points de suture	3*
00974	Tamponnement nasal antérieur	3*
00975	Anesthésie pour tomographie par ordinateur, peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	6*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	9*
	Anesthésie pour examen ophtalmologique :	
00955	sans intubation	4*
00956	avec intubation	4*
00976	Anesthésie pour examen sous anesthésie générale	3*
00977	Anesthésie pour circulation assistée	7*
00978	Anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire	7*
00979	Anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire	6*
00983	Anesthésie pour télécobalthérapie	3*
00985	Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément	1

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

DURÉE EN 1/4 D'HEURE	UNITÉS DE DURÉE	DURÉE EN 1/4 D'HEURE	UNITÉS DE DURÉE
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183
21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	80	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255

45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

E - CHIRURGIE

PRÉAMBULE PARTICULIER

Le présent préambule s'applique à l'ensemble des actes chirurgicaux et obstétricaux, sous réserve des dispositions des préambules particuliers relatifs à certains actes chirurgicaux et obstétricaux.

1. HONORAIRE GLOBAL

L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins peropératoires ainsi que certains examens, visites ou consultations.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux actes diagnostiques et thérapeutiques.

2. EXAMENS, VISITES OU CONSULTATIONS

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement de ses honoraires d'examen, de visite ou de consultation, sauf disposition contraire. À la première visite du patient, on lui accorde l'honoraire de l'examen, de la visite ou de la consultation effectués suivant les règles de tarification prévues au préambule général. Par la suite, tant en préopératoire qu'en postopératoire, le médecin est, pour les examens ou visites qu'il effectue, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

AVIS **:** *Voir la règle 2 du préambule général.*

Le jour de l'intervention, le médecin qui pose un acte chirurgical n'a pas droit aux honoraires d'examen, de visite ou de consultation, sauf s'il s'agit d'un patient traité d'urgence dont il a pris charge le même jour. Dans ce cas, l'examen, la visite ou la consultation effectué est rémunéré suivant les règles de tarification prévues au préambule général.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins d'urgence**.

Les honoraires d'examen, de visite ou de consultation sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 59 $ ou moins au 1er septembre 2018 et de 60 $ au 1er octobre 2019.

Certains examens et visites postopératoires sont compris dans l'honoraire de la chirurgie : ce sont ceux qui sont faits au chevet du patient hospitalisé, au cours des quinze (15) premiers jours de l'intervention dont le tarif est de plus de 59 $ au 1er septembre 2018 et de plus de 60 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Un examen non relié à la chirurgie fait durant la période postopératoire peut être payé. Utiliser l'élément de contexte* **Examen non relié à la chirurgie** *et inscrire le ou les codes de diagnostic médical.*

Voir la rubrique Répertoire des diagnostics.

3. ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement des actes diagnostiques et thérapeutiques apparaissant à la nomenclature des actes, dans la section intitulée « Actes diagnostiques et thérapeutiques », qu'il dispense, sauf disposition contraire au tarif.

4. SOINS SIMULTANÉS

Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin auquel le médecin qui pose un acte chirurgical fait appel en raison de l'état du patient.

Le médecin qui donne des soins simultanés est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses examens, visites ou consultations (MOD 022).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins simultanés selon le préambule particulier de chirurgie**.

5. SOINS POSTOPÉRATOIRES CONFIÉS À UN AUTRE MÉDECIN

Le médecin qui pose un acte chirurgical et qui confie le patient à un autre médecin pour les soins postopératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie n'a pas droit au plein tarif.

Le médecin qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts (3/4) de l'honoraire global. (MOD 024)

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin**.

Le médecin qui donne les soins postopératoires a droit au quart (1/4) de l'honoraire global. (MOD 025).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés par un autre médecin**.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

6. CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

Le médecin qui pose un acte chirurgical n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

7. SÉANCES OPÉRATOIRES DIFFÉRENTES

Les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes donnent droit au plein tarif.

8. CHIRURGIES MULTIPLES

8.1 Chirurgies multiples autres que celles du système nerveux et de l'appareil vasculaire non thoracique

Les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont payées demi-tarif (MOD 050), sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance**.
Les actes dont le libellé indique « additionnel » et « supplément » ne sont pas payés au demi-tarif.

8.2 Chirurgies multiples dont l'une relève du système nerveux

Malgré le paragraphe 8.1, lorsqu'au cours d'une même séance opératoire, sont pratiquées des chirurgies multiples dont au moins l'une d'elles apparaît sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles apparaissant sous la rubrique « Nerfs périphériques » chacune de ces chirurgies est payable à plein tarif, si elles sont pratiquées à des sites différents.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple dont l'une relève du système nerveux pratiquée à la même séance, à un site différent**.

Toutefois, dans les cas où une chirurgie apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » à l'exception de celles apparaissant sous la rubrique « Nerfs périphériques » est pratiquée au cours de la même séance, au même site, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des chirurgies. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé, sous réserve de certaines exceptions prévues dans la nomenclature.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance**.

Les chirurgies multiples dont le libellé apparaît sous la rubrique « Nerfs périphériques » de l'onglet « Système nerveux » sont payées selon les dispositions du paragraphe 8.1.

8.3 Chirurgies multiples de l'appareil vasculaire non thoracique

Un seul honoraire de la section « Appareil vasculaire non thoracique » est accordé pour l'ensemble des chirurgies de cette section pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif.

AVIS **:** *Utiliser les éléments de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance** *et* **Autre incision**.

9. CHIRURGIES DISTINCTES

Lorsque des médecins qui posent des actes chirurgicaux pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un médecin qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique.

Le médecin qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier médecin n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même du médecin qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier médecin ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

10. ASSISTANCE

Lorsqu'en raison de la nature et de la complexité de l'intervention chirurgicale effectuée, le médecin ou le dentiste requiert l'assistance d'un autre médecin, la rémunération de ce dernier est fixée à 22 % du taux établi pour l'acte le mieux rémunéré (R=4) et à 11 % (R=4) (MOD 050) du taux établi pour les autres actes.

AVIS **:** *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa facture porte la même nomenclature que celle du chirurgien principal.*

Utiliser le code de facturation indiqué dans le Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

11. DISPOSITION TRANSITOIRE

Les examens ou visites postopératoires effectués à compter du 1er juin 1988 sont rémunérés suivant les règles de tarification nouvelle.

12. CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

En chirurgie plastique, en orthopédie et en oto-rhino-laryngologie, la chirurgie oncologique complexe d'une durée anesthésique de quatre (4) heures ou plus (en orthopédie) ou de six (6) heures ou plus (en chirurgie plastique ou en oto-rhino-laryngologie), est rémunérée sous forme de forfait au médecin spécialiste responsable de l'intervention (rôle 1).

12.1 Anesthésie

En regard de la chirurgie oncologique complexe, le médecin omnipraticien qui détient des privilèges et qui prend charge de l'anesthésie, est rémunéré selon la durée anesthésique de la chirurgie.

AVIS **:** *Pour l'anesthésie, utiliser l'un des codes de facturation suivants :*

	R = 2
05920 *durée anesthésique totale de 4 à 5 heures*	*9*
05921 *durée anesthésique totale de 5 à 6 heures*	*11*
05922 *durée anesthésique totale de 6 à 8 heures*	*17*
05923 *durée anesthésique totale de 8 à 10 heures*	*17*
05924 *durée anesthésique totale de 10 à 12 heures*	*17*
05925 *durée anesthésique totale de plus de 12 heures*	*17*

12.2 Assistance opératoire

Le médecin omnipraticien qui assure l'assistance chirurgicale est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'annexe XIV, section II, article 1.01.

AVIS **:** *Depuis le 1er septembre 2018, le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 98,48 $ l'heure.*

Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quart d'heure (24,62 $) de la durée de l'assistance effectuée, selon l'un des codes de facturation suivants :

- ***05930*** *assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 4 à 5 heures;*
- ***05931*** *assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 5 à 6 heures;*
- ***05932*** *assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 6 à 8 heures;*
- ***05933*** *assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 8 à 10 heures;*
- ***05934*** *assistance pour une chirurgie d'une durée totale de 10 à 12 heures;*
- ***05935*** *assistance pour une chirurgie d'une durée totale de plus de 12 heures.*

Indiquer la durée de l'assistance chirurgicale. Le rôle 1 est obligatoire.

13. SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL

En dehors du contexte visé par le Préambule particulier d'anesthésie, le médecin qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (excluant le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un acte chirurgical désigné par les parties soit effectué, a droit à un supplément aux honoraires de l'acte de 28 $ au 1er octobre 2018 et de 28,30 $ au 1er octobre 2019. Le médecin ne peut alors cumuler la rémunération prévue pour un blocage nerveux diagnostique et thérapeutique. Sont visés par la présente disposition les services portant la mention (P.C. 13). Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des actes visés par cette disposition.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **70100**.*

F - PEAU - PHANÈRES - TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu.*
Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation d'un plateau de chirurgie.
S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes d'acte suivants : 01208, 01210, 01211, 01214, 01324, 01394, 01395, 01405, 01406, 01416, 01417 (lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou), 01401, 01419, 01458, 01460, 01463, 01464 et 01465.

Incision

Abcès :

Pour les autres abcès non prévus dans cette section, référer à chacun des chapitres de la chirurgie)

incision et drainage d'un abcès

01005	sus-fascial ou sus-aponévrotique; unique ou multiple (P.C. 13)	17,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	24,65	2
01006	sous-fascial ou sous-aponévrotique; unique ou multiple (P.C. 13)	90,15	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	92,40	2
01001	panaris	21,20	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	28,10	2
01002	anthrax (exérèse en bloc)	88,95	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A)	96,80	2
01003	palmaire ou plantaire (P.C. 13)	83,80	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	92,80	2
----	avec implication de gaine tendineuse (voir musculo-squelettique)		
01004	périanal (P.C. 13)	51,25	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	54,35	2
----	ischio-rectal (voir système digestif)		

Hématome

	incision et drainage d'un hématome ou d'un sérome :	
01007	sus-fascial ou sus-aponévrotique	10,00 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	18,20 2
01008	sous-fascial ou sous-aponévrotique	90,15 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	100,25 2
01023	Évacuation d'un hématome ou d'un sérome sus-fascial ou sus-aponévrotique par ponction, lorsque l'incision et drainage est contre indiqué, une ou plusieurs ponctions	8,90
----	en cabinet	18,20
01009	fenestration d'un ongle pour évacuation d'hématome	10,00
----	en cabinet	18,20

Excision conventionnelle ou au laser
(excision avec greffe ou plastie, cf. greffes)

Tumeur bénigne

(Naevi, angiomes, lipomes, etc. sauf les kystes sébacés, les angiomes-plans traités au laser et les verrues)
Excision chirurgicale (incluant fermeture simple)

	face, oreilles, paupières, nez, lèvres, muqueuses	
01164	diamètre de trois (3) cm ou moins (P.C. 13)	18,55 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	30,95 2
01156	diamètre de quatre (4) cm (P.C. 13)	24,80 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	36,30 2
01157	diamètre de cinq (5) cm (P.C. 13)	30,85 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	41,50 2
	diamètre de plus de cinq (5) cm	
01151	premiers cinq (5) cm (P.C. 13)	40,00 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	49,75 2
	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre	17,10
	AVIS **:** *Indiquer le diamètre de l'excision.*	
	cuir chevelu, cou, mains, pieds, organes génitaux externes	
01165	diamètre de trois (3) cm ou moins (P.C. 13)	15,35 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	28,15 2
01158	diamètre de quatre (4) cm ou cinq (5) cm (P.C. 13)	23,05 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	34,95 2
	diamètre de plus de cinq (5) cm	
01153	premiers cinq (5) cm (P.C. 13)	32,30 2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	42,90 2
	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre	14,25

AVIS **:** *Indiquer le diamètre de l'excision.*

tronc, bras et jambes

01166	diamètre de trois (3) cm ou moins		12,20	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)		25,50	2
01162	diamètre de quatre (4) cm		17,05	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)		29,40	2
01163	diamètre de cinq (5) cm		21,55	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)		33,60	2
	diamètre de plus de cinq (5) cm			
01155	premiers cinq (5) cm		28,45	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)		39,65	2
	chaque cm excédant cinq (5) cm, ajouter par centimètre		12,45	

AVIS **:** *Indiquer le diamètre de l'excision*.

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)

Kystes sébacés

01169	face, cuir chevelu, cou (P.C. 13)	23,40	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	35,15	3
01172	autres localisations (P.C. 13)	19,15	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	31,40	3

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse).

01198	neurofibromes multiples, par lésion	15,40	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	28,15	4
	par lésion supplémentaire	14,25	
	maximum par séance	286,15	
	maximum par séance en cabinet	298,90	

AVIS **:** *Indiquer le nombre de lésions.*

Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises)

	paupière, nez, lèvres, muqueuses		
01180	diamètre de un (1) cm ou moins	60,05	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	74,95	2
01181	diamètre de plus de un (1) cm	100,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	109,80	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
01182	diamètre de un (1) cm ou moins	46,15	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	55,00	2
01183	diamètre de plus de un (1) cm	70,75	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	84,35	2
	tronc, bras, jambes		
01184	diamètre de un (1) cm ou moins	30,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	40,95	2
01185	diamètre de plus de un (1) cm	50,85	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	59,10	2
	NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)		

(biopsies comprises)

AVIS **:** *Lorsque la lésion est de forme irrégulière, le nombre de centimètres corresponde au côté le plus long de la lésion.*

Traitement des angiomes-plans par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié

	sous anesthésie générale :		
01145	par cm carré	23,70	3
	maximum par séance	237,00	
	sans anesthésie générale :		
01146	par cm carré (P.C. 13)	13,15	
	maximum par séance	65,75	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **01145** et **01146**, indiquer la superficie traitée.*

NOTE **:**

1) si le patient a plus de 21 ans, la superficie doit être de 6 cm carrés ou plus et une autorisation préalable de la Régie est nécessaire.

AVIS **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ, si le patient a plus de 21 ans.*

2) ce tarif est payable en établissement seulement.

Tumeurs cancéreuses de la peau (biopsies comprises)

(Il s'agit de centimètres de résection)

	paupières, nez, lèvres, muqueuses		
01186	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	104,00	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	111,80	2
01187	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	136,50	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	144,35	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
01188	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	71,45	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	79,30	2
01189	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	104,10	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	111,90	2
	tronc, bras, jambes :		
01194	diamètre de un (1) cm ou moins (P.G. 2.4.7.7 A) **(P.C. 13)**	47,90	2

01195	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	63,65	2
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	71,50	2
	excision de lésion cancéreuse de la peau en plusieurs temps, selon la technique de Tromovitch		
01199	ensemble des temps (P.C. 13)	260,20	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)		
	Exérèse de corps étrangers		
01196	simple (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	26,25	3
01197	compliquée (P.G. 2.4.7.7 A)	231,85	4

Cryochirurgie

	Tumeurs précancéreuses de la peau (biopsies comprises)		
	paupière, nez, lèvres, muqueuses		
01236	diamètre de un (1) cm ou moins	54,00	2
01237	diamètre de plus de un (1) cm	86,45	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
01238	diamètre de un (1) cm ou moins	41,45	2
01239	diamètre de plus de un (1) cm	63,70	2
	tronc, bras, jambes		
01240	diamètre de un (1) cm ou moins	26,95	2
01241	diamètre de plus de un (1) cm	46,30	2

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables (sauf lipomatose diffuse)

AVIS **:** *Voir l'avis sous le code de facturation* ***0 1185***.

Tumeurs cancéreuses de la peau (biopsies comprises) (Il s'agit de centimètres de résection)

	paupières, nez, lèvres, muqueuses		
01242	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	92,55	2
01243	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	135,75	2
	face, cuir chevelu, oreilles, cou, mains, pieds, organes génitaux		
01244	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	71,10	2
01245	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	98,95	2
	tronc, bras, jambes		
01246	diamètre de un (1) cm ou moins (P.C. 13)	54,00	2
01247	diamètre de plus de un (1) cm (P.C. 13)	68,05	2

Lipectomie fonctionnelle

01208	abdominale avec ou sans réparation d'hernie ombilicale ou diastasis des grands droits ou les deux (correction de tablier graisseux)	296,50	6
01209	diastasis des grands droits	176,50	4

01214	autres régions Liposuccion d'un lambeau préalablement greffé	231,25	4
01210	sous anesthésie locale	71,10	
01211	sous anesthésie générale	106,75	4

AVIS : *Pour les codes de facturation **01208**, **01210**, **01211** et **01214**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*
*Pour le code de facturation **01214**, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

Onycectomie, doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant)

01215	simple (P.C. 13)	19,15	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	31,40	3
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire (P.C. 13)	52,20	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	68,15	3

Sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien)

01217	excision simple (P.C. 13)	219,35	3
01220	excision et plastie (P.C. 13)	261,85	3
01221	marsupialisation (P.C. 13)	213,30	3

Verrue

	fulguration incluant le rasage	**(voir Cautérisation, 1300)**	

	cryothérapie incluant le rasage	**(P.G. Annexe 1)**		
	chimiothérapie	**(P.G. Annexe 1)**		
	Excision chirurgicale			
	non faciale			
01222	première (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)		16,65	3
	supplémentaire (lors de la même séance) chacune		4,05	
	maximum seize (16) verrues supplémentaires			
	faciale			
01223	première (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)		29,40	3
	supplémentaire (lors de la même séance) chacune		9,80	
	maximum dix (10) verrues supplémentaires			
	plantaire			
01225	première (P.G. 2.4.7.7 A)		21,95	3
	supplémentaire (lors de la même séance) chacune		5,50	
	maximum onze (11) verrues supplémentaires par séance			
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***01222****,* ***01223*** *et* ***01225****, inscrire le nombre d'excisions.*			
01227	en mosaïque (excision totale) par séance		67,40	
------	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)		75,25	
01224	excision totale et plastie		100,20	3
	NOTE :			

1) Si fait au Laser, le tarif est majoré de 50 %. MOD 056.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Fait au laser**.

2) Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.

Cautérisation

	Électrocoagulation		
01300	première lésion (P.G. 2.4.7.7 B)	7,30	2
	lésion supplémentaire	2,05	
	maximum par séance	19,60	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de lésions.*

	Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs). (Cet acte comprend l'exérèse de la lésion maligne, la destruction chimiochirurgicale par l'application de substance chimiothérapeutique sur les lésions résiduelles, les prélèvements biopsiques en cours de traitement)		
01302	première couche	237,20	
	chaque couche supplémentaire	29,65	

	(maximum : cinq (5) couches supplémentaires)		
	AVIS : *Inscrire le nombre de couches.*		
01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	533,70	17

Réparation de plaies (débridement compris)

	Lacérations simples		
	face et cou		
	Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
01320	moins de un (1) cm (P.C. 13)	27,50	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	38,80	
	par cm supplémentaire	10,45	
----	valeur maximum en établissement	236,50	
----	valeur maximum en cabinet	247,80	
	autres localisations		
	pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
01323	moins de un (1) cm (P.C. 13)	17,75	3

----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	30,30	
	par cm supplémentaire	4,60	
----	valeur maximum en établissement	141,95	
----	valeur maximum en cabinet	154,50	

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***01320*** *et* ***01323****, indiquer la longueur de la réparation .*

Lacérations compliquées

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

	face et cou		
01322	moins de deux centimètres et demi (2,5 cm) (P.C. 13)	73,35	4

----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	83,50	
	par deux centimètres et demi (2,5 cm) supplémentaires	44,00	
	Maximum payable en établissement pour l'ensemble des plaies	733,35	
	Maximum payable en cabinet pour l'ensemble des plaies	743,50	
	AVIS : *Indiquer la longueur de la répa ration.*		
01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	145,30	4
	Plaie		
	exploration d'une plaie sous anesthésie		
01326	exploration, sans réparation, d'une plaie complexe, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	35,00	2
	débridement isolé de plaie (excluant les brûlures)		
	NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaies lorsqu'elles sont faites en même temps.		
01327	chaque unité de un (1) cm (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	4,90	3
	valeur maximum	83,30	

AVIS **:** *Indiquer la longueur de la réparation.*

Brûlures

	simples (1er degré) *inclus dans le tarif de l'examen ou autre service associé*		
	importantes (2e et 3e degré)		
	traitement initial, incluant débridement et pansement		
01330	moins de 10 % de la surface corporelle	28,25	2
----	en cabinet	39,80	2
01331	entre 10 à 30 % (P.C. 13)	93,60	2
01332	plus de 30 % (P.C. 13)	144,90	4
	traitement subséquent, incluant débridement		
01800	changement de pansements de 20 cm carrés ou plus, par quart d'heure	21,25	2
	AVIS **:** *Indiquer la durée du traitement.*		
01334	changement de pansement sous anesthésie générale, incluant débridement	153,40	6
01321	injection multiples de Kenalog sous anesthésie générale ou dans un centre désigné, par quart d'heure	56,60	5
	AVIS **:** *Indiquer la durée de l'intervention (injections).*		

NOTE : les centres désignés sont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (début : 2017-11-05) et l'Hôpital Villa-Médica. Dans ces centres désignés, les examens faits au chevet du patient hospitalisé au cours des quinze jours de l'intervention, sont payables.

Micro-greffe capillaire

01324	par unité folliculaire	2,30
	maximum par séance	2 875,00
	maximum par patient	5 500,00

AVIS **:** *Inscrire :*

- le nombre d'unités folliculaires;

- le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.

Greffes cutanées ou greffes cultivées

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.

01335	Prélèvement de greffon cutané par un médecin autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	89,85	3
	Xénogreffe cutanée		
01370	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	67,55	2
01371	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés	130,75	2
01372	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés	256,70	2
	chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés	1,25	

AVIS **:** *Indiquer la superficie de la greffe.*

Greffes par glissement, rotation ou transposition

	Lambeau		
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	141,50	3
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	163,40	3
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (P.C. 13)	247,65	3
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement		
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (P.C. 13)	555,20	5
	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse		
01353	sans microchirurgie	770,05	5
	avec microchirurgie **(voir greffe libre)**		

	sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez		
01368	en un temps (P.C. 13)	163,40	3
01369	en deux temps	237,20	4
01336	gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (P.C. 13)	533,70	7

Greffe pédiculée (à distance)

	stage majeur		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (P.C. 13)	207,55	5
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (P.C. 13)	266,80	6
	stage secondaire		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (P.C. 13)	148,20	4
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (P.C. 13)	118,55	3
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	61,65	3

Greffe libre

01362	bout du doigt (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	55,15	4
01363	doigt, plus qu'une phalange (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	125,80	4
	tête et cou		
01350	moins de vingt-cinq (25) cm carrés (P.C. 13)	209,15	4

01351	vingt-cinq (25) cm carrés à cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	272,75	5
01352	plus de cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	385,10	5
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	231,25	4
01356	cavité nasale (P.C. 13)	142,35	3
01357	cavité buccale	177,85	3
01358	sous une greffe pédiculée	98,05	3
01359	cavité osseuse importante	142,35	3
	autres régions		
01341	moins de six (6) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	135,95	3
01342	de six (6) cm carrés à soixante (60) cm carrés (P.C. 13)	246,65	3
01343	de soixante (60) cm carrés à six cents (600) cm carrés (P.C. 13)	513,45	3
	chaque six (6) cm carrés excédant six cents (600) cm carrés	5,25	
	maximum par séance	775,95	
	AVIS **:** *Indiquer la superficie de la greffe.*		
01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) (P.C. 13) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil	296,50	7
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	784,40	14
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	711,50	14

01425	lambeau libre microanastomosé incluant prise du greffon pédicule vasculaire, un (1) ou plusieurs	1 660,15	17
01426	pédicule neurovasculaire, un (1) ou plusieurs	1 778,80	17
01427	cutané supplément	118,55	
01428	musculaire, supplément	118,55	
01429	osseux, supplément	118,55	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	193,45	
01431	nerveuse, supplément	130,75	
01387	Lambeau jambes croisées	474,30	7
01389	Prélèvement de fascia lata (P.C. 13)	68,85	6
01394	Reconstruction du mamelon par greffe (P.C. 13)	207,55	3

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	148,20	4

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***013 94*** *et* ***01395****, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ*.

Dermabrasion : Sablage

	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage		
01390	face entière pour cicatrices	254,90	2
01310	plus de cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	185,00	4
01311	de vingt-cinq (25) cm à cinquante (50) cm carrés (P.C. 13)	118,55	4
01312	de zéro (0) à vingt-cinq (25) cm carrés (P.C. 13)	88,95	3

Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales

	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
01405	moins de quatre (4) cm (P.C. 13)	89,85	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	97,65	3
01406	de quatre (4) cm à dix (10) cm (P.C. 13)	118,55	3
01416	de onze (11) cm à vingt (20) cm (P.C. 13)	177,85	4
01417	de vingt et un (21) cm et plus (P.C. 13)	251,45	3

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***013 10, 01311, 01312, 01405, 01406, 01416*** *et* ***01417,*** *utiliser l'élément de contexte* **Cicatrice située à la face ou au cou***, s'il y a lieu, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*

Correction au laser d'une ou plusieurs cicatrices sévères d'acné au visage et au cou

01437	moins de quatre (4) cm carrés (P.G. 2.4.7.7 A)	89,85	3
01438	de quatre (4) cm carrés à dix (10) cm carrés	118,55	3
01439	de onze (11) cm carrés à vingt (20) cm carrés	177,85	4
01440	de vingt et un (21) cm carrés et plus	251,45	3

NOTE : Lorsque plus d'une cicatrice est traitée lors de la même séance, la superficie de l'ensemble des cicatrices est cumulée.

Le médecin doit conserver, pour une période minimale de cinq (5) ans de la date du dernier traitement, un document photographique illustrant l'état avant traitement de la portion du visage ou du cou traitée.

AVIS **:** *Pour tous les codes de facturation de la section* Seins *(sauf **01234** et **01435**), utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche**.

Seins

	Incision		
01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (P.G. 2.4.7.7 B) (P.C. 13)	73,35	4
	Excision		
01201	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein (P.C. 13)	184,15	4
01202	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique	240,55	4
01205	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne (P.C. 13)	219,10	4
01228	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne	584,25	4
01230	Mastectomie simple ou totale	390,90	4
	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie		
01233	unilatérale	272,75	4
01234	bilatérale	442,85	4

NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***01233*** *et* ***01234****, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*

01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	667,80	5
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	800,90	7
01176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse (P.C. 13) NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique	156,90	3
01235	Excision du mamelon	71,85	3

Réparation

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***01401****,* ***01402****,* ***01407****,* ***01410****,* ***01419*** *et* ***01465****, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*

= *Toute intervention chirurgicale liée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour une tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein contralatéral, est d'emblée autorisée.*

Ceci s'applique aux codes de facturation ***01401****,* ***01402****,* ***01407****,* ***01410****,* ***01419*** *et* ***01465****.*

Dans ce cas, utiliser l'élément de contexte **Post mastectomie**.

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale	332,05	5
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	1 239,20	9
	Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal		
01407	sans implant	770,80	9
01410	avec implant	889,35	9
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	228,25	
	Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole)		
01434	unilatérale	404,40	5
	AVIS **:** *La réduction mammaire unilatérale s'applique uniquement à la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).*		
01435	bilatérale (P.C. 13)	714,75	5
	AVIS **:** *La réduction mammaire bilatérale s'applique uniquement à 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	74,90	
01465	Mastopexie	385,35	5
01408	Exérèse de prothèse mammaire (P.C. 13)	41,45	3
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (P.C. 13)	166,05	3

01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (P.C. 13)	296,50	3

Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement

01418	Exérèse des glandes sudoripares axillaires pour hyperhidrose (P.C. 13)	118,55	2
	Exérèse des glandes sudoripares pour hydrosadénite suppurée		
01412	sans greffe (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	160,45	2
01413	avec greffe (P.C. 13)	177,85	2

Fistule cutanée

01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A)	58,85	3
01415	Profonde sous-aponévrotique (P.G. 2.4.7.7 A)	94,80	3

Chirurgie plastique

01451	Intervention très mineure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	47,90	3
01452	Intervention mineure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	96,25	4
01453	Intervention moyenne (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	153,60	4
01454	Intervention majeure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	207,55	5
01455	Intervention très importante (P.C. 13)	372,15	9
01460	Modelage facial	474,30	5
01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée	C.S.	10

Implantation de matière allogène :

01456	Fil d'Orion	154,20	2
01458	Pectus excavatum	296,50	4
01459	À la face pour combler dépression post-traumatique (P.C. 13)	148,20	4
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (P.C. 13)	136,40	3
01463	Mise en place sous-cutanée d'une prothèse gonflable de distension cutanée, incluant les gonflements (P.C. 13)	296,50	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (P.C. 13)	195,60	4

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***014 63*** *et* ***01464****, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***014 58****,* ***01460****,* ***01463*** *et* ***01464****, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire mais le conserver au dossier de la patiente pou r référence.

G - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1.00 DÉFINITIONS

1.01 Os mineur : un os de la main ou du pied à l'exception du calcanéum et l'astragale.

1.02 Os majeur : tout autre os.

1.03 Réduction ouverte : procédé chirurgical du traitement d'une fracture ou d'une luxation comportant soit l'exposition du site, soit la fixation interne par des moyens intramédullaires, soit la fixation par un appareil externe ou par l'incorporation de trois (3) broches ou plus dans un plâtre, et l'immobilisation, le cas échéant.

1.04 Réduction fermée : la mobilisation d'une fracture ou d'une luxation et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et l'immobilisation.

La seule immobilisation d'une fracture ne constitue pas une réduction fermée.

Le coût du matériel requis pour assurer l'immobilisation d'une fracture ou d'une luxation suite à sa réduction n'est pas inclus dans l'honoraire de la chirurgie.

1.05 Chirurgie : une intervention visée par ce préambule.

2.00 RÈGLES D'APPLICATION

2.01 Nonobstant le préambule de chirurgie, lorsque les soins post-opératoires sont dispensés par un médecin autre que celui qui a exécuté la chirurgie initiale ou à qui sont confiés ces soins selon les modalités établies au paragraphe 2.04 ci-après, cet honoraire ne couvre pas les services médicaux qui sont dispensés à un patient postérieurement à un transfert interétablissement.

AVIS **:** *Voir l'article 2 du préambule particulier de l'onglet* E – Chirurgie.

S'il s'agit d'une fracture ou d'une luxation, cet honoraire couvre en outre tous les soins incidents sauf la reconstruction des tissus mous (peau et muscles), des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments.

L'honoraire pour une réduction de fracture ou de luxation d'un membre ne couvre pas la rémunération des services postopératoires. Il en est ainsi de l'honoraire pour une chirurgie dont le tarif est de 60 $ ou moins. Les examens postopératoires sont alors payables au tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

AVIS **:** *Le terme membre fait référence aux sites anatomiques prévus sous les sections* Extrémités – Membres supérieurs *et* Extrémités – Membres inférieurs.

Lors de réduction ouverte de fracture ou de luxation dont le tarif est soumis à l'article 2.01, 3e alinéa, la rémunération de l'assistance chirurgicale est fixée à 30 % du taux éta-bli pour l'acte le mieux rémunéré (R=4) et à 15 % (R=4) ***(MOD 050)*** du taux établi pour les autres actes.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Réduction ouverte**.

2.02 Lors du traitement chirurgical, pour une ou plusieurs fractures ou luxations, d'un patient qui a subi un dommage au système nerveux central ou périphérique pour lequel il n'est pas suivi par un autre médecin, le médecin qui pose l'acte chirurgical est, pour un examen postopératoire effectué au-delà du quinzième jour de l'intervention, rémunéré selon le tarif de l'examen ordinaire ou de la visite de suivi, selon le cas.

2.03 Lors du traitement d'une fracture ou d'une luxation d'un membre, le médecin est rémunéré selon les services qu'il rend conformément aux règles de tarification prévues à l'entente générale sauf disposition contraire au tarif.

AVIS **:** *Le terme membre fait réfèrence aux sites anatomiques prévus sous les sections* Extrémités – Membres supérieurs *et* Extrémités – Membres inférieurs.

2.04 Le médecin qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation ou de toute autre intervention orthopédique, et qui confie le patient à un autre médecin pour les soins postopératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors l'article du préambule de chirurgie concernant les soins postopératoires confiés à un autre médecin. Cependant, dans le cas d'une réduction fermée, on partage, en parts égales, les honoraires entre le médecin qui pose un acte chirurgical et le médecin traitant ***(MOD 027)***.

Toutefois, cet article ne s'applique pas aux réductions de fracture et de luxation des membres qui sont soumis à l'article 2.01, 3e alinéa.

AVIS **:** *Pour le médecin qui effectue l'acte principal, utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin**.

Pour le médecin traitant, utiliser l'élément de contexte **Soins post-opératoires confiés par un autre médecin**.

2.05 Lorsqu'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs, le médecin qui pose un acte chirurgical a droit au plein tarif pour chaque réduction ***(MOD 010)***.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ou luxation de plusieurs os majeurs**.

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un (1) ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif ***(MOD 050)*** pour le traitement de chaque os mineur.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance**.

Lorsqu'il s'agit de fractures multiples d'un même os, un seul honoraire est exigible.

Lorsqu'il y a deux (2) fractures du même os dont l'une est reliée à une articulation et qu'il y a réduction ouverte par des voies d'approche différentes, on accorde le plein tarif pour la réduction principale et le demi-tarif pour l'autre ***(MOD 049)***.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance**.

Lorsque les deux (2) fractures sont reliées à une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture ***(MOD 029)***.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Les deux fractures du même os sont reliées à une articulation**.

2.06 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est, s'il y a réduction ouverte, majoré de la moitié ***(MOD 039)***.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ouverte**.

Lorsqu'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments, ces interventions sont incluses dans l'honoraire de la réduction de la fracture qui est alors doublé ***(MOD 020)***.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments**.

Toutefois, s'il y a micro-anastomose neurovasculaire, la règle 2.06 ne s'applique pas : on paie alors chaque reconstruction suivant le tarif habituel.

Les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

2.07 Le médecin qui doit reprendre une réduction fermée a droit, pour la seconde réduction, au plein tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Reprise de la réduction fermée**.

Ce médecin n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée supplémentaire.

2.08 Le médecin n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique, lors de la même séance, une réduction ouverte sur le même site.

2.09 On accorde un honoraire de 118 $ au 1er septembre 2018 et de 120 $ au 1er octobre 2019 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 030).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors de la chirurgie**.

On accorde un honoraire de 59 $ au 1er septembre 2018 et de 60 $ au 1er octobre 2019 pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie (MOD 064).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors de la chirurgie**.

On accorde un honoraire de 118 $ au 1er septembre 2018 et de 120 $ au 1er octobre 2019 pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction (MOD 169).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une greffe tendineuse lors de la chirurgie de reconstruction**.

2.10 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés selon le tarif de la réparation de plaie.

2.11 Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

2.12 Le médecin a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

2.13 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif ***(MOD 134)***.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie principale bilatérale de même nature au niveau du deuxième membre**.

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif ***(MOD 150)***.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Deuxième approche par voie différente, à la même séance**.

2.14 La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée ***(MOD 172)***.

Le médecin doit joindre le compte rendu opératoire et le rapport anatomo-pathologique.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie osseuse ou des tissus mous avec analyse extemporanée effectuée le même jour que la chirurgie principale**.

.

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

CRÂNE ET FACE

	Arthroplastie		
02339	temporo-mandibulaire unilatérale	535,95	5
	Biopsie		
09550	ouverte (unique ou multiple) (P.C. 13)	183,80	4
	Manipulation sous anesthésie générale		
02862	temporo-mandibulaire	29,75	3
	Excision		
02206	condylectomie unilatérale	294,15	3
09551	tumeur bénigne (P.C. 13)	337,90	4
09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	445,85	5
02112	hémimandibulectomie	320,30	4
02203	mandibulectomie totale	462,50	7
02204	maxillectomie supérieure totale	469,35	7
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	569,20	11
02207	méniscectomie temporo-mandibulaire	266,80	3
	Fractures		
	arcade zygomatique :		
02512	réduction ouverte	125,00	4
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis au paragraphe 2.06 de l'appareil du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
07500	dure-mère intacte	438,80	9
07501	avec déchirure de la dure-mère	503,95	9
07502	avec traumatisme cérébral important	492,10	9
07503	intéressant les sinus	528,85	9
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée	533,70	9
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte	438,80	9
07506	avec déchirure de la dure-mère	549,00	9
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	664,10	14
	maxillaire inférieur		
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	73,15	
02509	réduction fermée, embrochement intermandibulo-maxillaire	227,80	3
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale	567,30	5
02521	bilatérale	764,85	7

02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	195,60	4
02523	méniscectomie	268,00	3
02524	ablation de l'apophyse coronoïde	91,30	2
	maxillaire supérieur		
02502	fixation inter-maxillaire	171,95	3
02508	réduction fermée avec embrochement intermandibulo-maxillaire	327,30	4
02515	réduction ouverte	195,60	6
02516	fracture 1/3 moyen de la face	637,95	9
02518	disjonction cranio-faciale	711,15	11
	nez		
02527	réduction (P.C. 13)	105,35	3
	os malaire		
02507	réduction fermée	77,10	4
	réduction ouverte		
02513	simple	166,05	4
02514	avec ostéosynthèse	355,75	4
02522	par voie sinusale	266,80	4
	Incision et drainage		
02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	588,40	3
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face	286,95	3
	Luxation		
	temporo-mandibulaire		
02525	réduction fermée (P.C. 13)	77,55	3
02526	réduction ouverte	183.90	3
	Ostéotomie		
02017	maxillaire inférieur unilatéral	647,15	7
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (P.C. 13)	554,55	9
02019	avec greffe osseuse	683,05	14
02009	ostéotomie dento-alvéolaire	458,90	9
02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en deux (2) ou plusieurs sections	683,05	9
02032	ostéotomie mandibulaire pour rétrognathie pour troubles fonctionnels seulement	613,10	9
02088	avec apertognathie ou latérognathie	694,90	11
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
02089	par voie intracrânienne	1 280,70	17
02090	par voie extracrânienne	1 138,30	14
	Reconstruction		
02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	415,05	11
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (P.C. 13)	413,90	11

	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne	2 371,70	17
02444	voie extracrânienne	1 778,80	17
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	498,05	9
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 986,30	17
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple	1 298,25	14
02447	en deux (2) segments	1 328,10	14
02448	en trois (3) segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 699,60	17
02336	correction de prognathisme ou micrognathisme avec ostéotomie, pour troubles fonctionnels seulement	695,55	11
02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire	505,95	5

SQUELETTE AXIAL

COLONNE VERTÉBRALE

	NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne :		
02169	approche abdominale :	169,60	
02170	approche thoracique :	391,40	
02171	approche thoraco-abdominale :	586,95	
	Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8 du préambule particulier de chirurgie.		
	Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe		
	greffe seulement		
02915	un (1) niveau	628,50	9
02916	deux (2) niveaux	628,50	9
02917	trois (3) niveaux ou plus	754,15	11
	greffe avec instrumentation		
02182	un (1) niveau	879,90	11
02183	deux (2) niveaux	879,90	11
02184	trois (3) niveaux ou plus	1 004,40	14
02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	313,10	5
02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	118,55	3
	Biopsie		
02119	corps vertébral	302,35	5

02109	d'un élément postérieur	156,55	3
	Décompression		
	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie		
02755	lombaire	769,95	14
02758	dorsale ou cervicale	814,70	14
02763	avec greffe, supplément	326,15	
02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	456,45	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	521,70	
	NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par un autre médecin, celui-ci doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe »		
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02837	un niveau, supplément	586,95	
02838	deux niveaux ou plus, supplément	652,25	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant		
	NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.		
	voie postérieure		
	sans greffe		
	cervicale ou dorsale		
02210	un (1) niveau	646,25	11
02217	deux (2) niveaux ou plus	800,40	11
	lombaire		
02216	un (1) niveau	684,55	6
	chaque niveau supplémentaire	105,95	
	AVIS : *Indiquer le nombre de niveaux.*		
	avec greffe		
	cervicale ou dorsale		
02910	un (1) ou plusieurs niveaux	872,75	11
	lombaire		
02922	un (1) niveau	754,15	11
02924	deux (2) niveaux ou plus	879,90	11
	avec greffe et instrumentation		
	cervicale ou dorsale		
02923	un (1) ou plusieurs niveaux	1 042,60	14

	lombaire		
02022	un (1) niveau	879,90	11
02024	deux (2) niveaux ou plus	1 004,40	14
	voie antérieure		
	cervicale		
	avec ou sans greffe		
02173	un (1) niveau	821,00	11
02196	deux (2) niveaux ou plus	814,70	11
	avec greffe et instrumentation		
02140	un (1) ou plusieurs niveaux	847,85	14
	dorsale ou lombaire		
	sans greffe		
02087	un (1) niveau	517,05	11
02111	deux (2) niveaux ou plus	589,35	11
	avec greffe		
02117	un (1) niveau	754,15	11
02124	deux (2) niveaux ou plus	879,90	11
	avec greffe et instrumentation		
02128	un (1) niveau	879,90	11
02136	deux (2) niveaux ou plus	1 004,40	11
	avec remplacement par prothèse		
02942	un (1) niveau	948,75	11
02947	deux (2) niveaux ou plus	1 185,80	14
	Excision		
02123	apophyse épineuse	156,55	4
02272	apophyse transverse	549,00	7
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	879,90	11
02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 195,35	17
02221	greffe et instrumentation, supplément	456,45	
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02142	un niveau, supplément	586,95	
02143	deux niveaux ou plus, supplément	652,25	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Exérèse		
02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	432,75	5
	Fracture - colonne		
	NOTE *:* **1)** S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; **(M*OD 057)***		
	AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture avec lésion neurologique**.		

2) Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure), la deuxième chirurgie est payable à 90 %; ***(MOD 150)***

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Deuxième approche par voie différente, à la même séance**.

3) Si l'approche chirurgicale est faite par un autre médecin, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif ***(MOD 058)*** et l'autre temps à un tiers du tarif. ***(MOD 059)***

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser l'élément de contexte* **Effectue la réduction chirurgicale de la colonne sans l'approche chirurgicale** *ou* **Effectue l'approche chirurgicale de la colonne sans la réduction chirurgicale**.

	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire		
09569	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	340,15	4
	réduction ouverte		
09570	approche postérieure	549,00	17
09571	approche postérieure avec greffe osseuse	754,15	17
09572	approche postérieure avec instrumentation	879,90	17
09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe	1 004,40	17
09574	approche antérieure	517,05	17
09575	approche antérieure avec greffe osseuse	754,15	17
09576	approche antérieure avec instrumentation	796,85	17
09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe	1 004,40	17
02226	vissage de l'odontoïde	1 096,90	17
	fracture sacrum		
02582	réduction ouverte	346,50	3
	coccyx		
02214	excision	169,50	3
	Incision et drainage		
	séquestrectomie et drainage		
02044	par voie antérieure	754,15	9
02045	par voie postérieure	503,35	5
02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	628,50	11
	Ostéotomie		
	de la colonne		
02025	un *(1)* niveau	1 068,00	11
	chaque niveau supplémentaire	169,45	
	maximum	1 406,90	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de niveaux*.		
	avec greffe		

02003	un *(1)* niveau, supplément	314,20	
02004	deux *(2)* niveaux, supplément	314,20	
02005	trois *(3)* niveaux ou plus, supplément	377,15	
	avec greffe et instrumentation		
02133	un *(1)* niveau, supplément	440,00	
02134	deux *(2)* niveaux, supplément	440,00	
02135	trois *(3)* niveaux ou plus, supplément	503,95	
	Ponction (aspiration, injection)		
02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	332,05	4
02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	340,15	4
	Scoliose		
	correction par approche postérieure du rachis		
	sans instrumentation (in situ)		
02450	premier niveau	626,10	11
	niveau supplémentaire	117,35	
	maximum	743,45	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de niveaux.*		
02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant	1 524,95	17
02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	391,40	
	correction par approche antérieure du rachis		
	sans instrumentation		
02458	thoracique ou abdominale	628,50	14
02459	thoraco-abdominale	784,70	17
02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	156,55	
	avec instrumentation		
02461	thoracique ou abdominale	1 255,80	14
02462	thoraco-abdominale	1 413,50	17
02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	151,05	
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
02228	premier niveau	486,15	11
02229	par niveau relâché et greffé, supplément	65,20	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de niveaux supplémentaires.*		
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
02283	temps antérieur	1 096,90	17
02284	temps postérieur	863,35	17
02293	temps combinés	1 280,70	17
02340	avec instrumentation et greffe, supplément	456,45	
02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	539,05	7
02399	relâchement musculotendineux de la concavité	346,50	5

	NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
02362	un niveau	626,10	5
	niveau supplémentaire	158,95	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de niveaux.*		
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'instrumentation segmentaire.		
02369	thoracoplastie	470,75	5
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myéloméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'excision de la cyphose, la correction du myéloméningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	1 096,90	17
	tractions pour scoliose		
02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécutive	156,55	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	314,20	6
09555	exérèse de l'appareillage	130,50	3
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis	162,85	

THORAX

	Biopsie		
02066	costale ouverte	250,65	4
	Excision		
02114	de première côte	435,75	5
02116	de côte cervicale	379,40	5
	de côte avec drainage		
02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	392,15	5
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	929,70	9
	Fracture		
02539	de côtes, avec complication	C.S.	7
	du sternum		
02533	réduction fermée	73,60	3
02535	réduction ouverte	215,85	5
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	431,00	5
	Reconstruction - Réparation		
02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno-chondro plastie)	910,75	14
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	191,20	4

AVIS **:** *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*

BASSIN

	Amputation		
02215	hémipelvectomie	1 138,30	14
09560	hémipelvectomie avec greffe du bassin	2 436,90	17
	Arthrodèse		
02935	sacro-iliaque	549,00	7
	Biopsie osseuse		
02062	ouverte	271,00	3
	Désinsertion		
02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	392,55	3
	Excision		
02130	tumeur bénigne sans greffe	424,90	4
02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	549,00	9
02132	tumeur maligne sans greffe	470,75	7
02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	681,85	9
	Exérèse		
02519	de plaque et vis	295,50	7
02528	de matériel symphyse pubienne	156,55	3
	Fractures		
02581	acétabulum, réduction fermée, luxation centrale	260,20	4
02584	acétabulum, réduction ouverte	692,95	7
02580	acétabulum, avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 494,15	17
	bassin		
02579	réduction fermée incluant repos au lit et surveillance	128,10	
02583	réduction ouverte : pubis	549,00	6
	fracture de une *(1)* ou deux *(2)* colonnes		
02771	réduction ouverte par voie ilio-inguinale de Letournel et ilio-crurale élargie avec ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 255,80	14
02772	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par plaque et vis	1 246,00	14
	fracture de une *(1)* ou deux *(2)* colonnes associée à une fracture de la paroi postérieure		
02773	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 087,15	14
02707	fracture de malgaigne instable avec présentation tardive (après vingt-et-un (21) jours), temps antérieur et postérieur, incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 705,55	17
	Greffe osseuse		
02774	greffe osseuse au bassin NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	387,75	5

	Incision et drainage		
02775	abcès d'ostéomyélite	314,20	3
02776	fenestration ou forage	236,00	4
02777	séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	243,05	3
	Luxation sacro-iliaque		
02676	réduction fermée seule (P.C. 13)	66,10	3
02567	réduction fermée, traction, spica, etc	148,90	4
02572	réduction ouverte	754,15	7
	Ostéotomie		
02000	type Salter	754,15	5
02001	type Chiari ou « shelf »	879,90	7
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 195,35	17

EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Extrémités – Membres supérieurs*, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche**.

ÉPAULE

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique*.

	Amputation		
02281	désarticulation gléno-humérale	653,80	5
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	910,75	9
	Arthrodèse		
02925	gléno-humérale	754,15	7
02965	scapulo-thoracique	647,45	9
	Arthrolyse		
02973	gléno-humérale	680,35	7
	Arthroplastie		
02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	680,35	4
02407	prothèse totale gléno-humérale	1 049,95	7
	Arthroscopie		
02034	simple gléno-humérale, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	222,90	4
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	294,75	4
	Arthrotomie		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		

02037	gléno-humérale	340,15	4
	Biopsie		
	clavicule ou omoplate		
02084	à l'aiguille	23,15	3
02085	ouverte	236,00	4
	Examen et manipulation		
02833	Examen et manipulation sous anesthésie générale	141,15	3
	Excision		
02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la méniscectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	360,85	4
02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la méniscectomie, le cas échéant	274,60	3
02220	tête humérale	353,85	4
02778	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omo-vertébral	327,30	4
02779	tumeur bénigne clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	470,75	5
02780	tumeur maligne de la clavicule sans greffe	489,80	5
02781	tumeur maligne de la clavicule avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	474,30	7
	Exérèse		
02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (P.C. 13)	141,15	3
02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	219,35	4
02976	de prothèse simple	314,20	4
02977	de prothèse totale	392,55	5
	Fracture		
	clavicule		
02559	immobilisation simple	45,80	2
02537*	réduction ouverte	369,90	4
	omoplate		
02534*	réduction fermée	79,65	4
02536*	réduction ouverte, col et/ou glène	498,05	6
	Greffe		
02346	greffe osseuse à la clavicule ou à l'omoplate NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	340,15	4
	Luxation		
	acromio-claviculaire		
02545*	réduction fermée	49,65	3
02548*	réduction ouverte	375,00	5
	gléno-humérale		
02546*	réduction fermée (P.C. 13)	79,65	3
02549*	réduction ouverte	561,85	4

02573	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Magnuson ou Putti-Platt	445,80	5
02575	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Bankart ou Bristow	638,30	5
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	750,05	5
	sterno-claviculaire		
02544*	réduction fermée de luxation postérieure seulement (P.C. 13)	49,65	3
02547*	réduction ouverte	375,00	5
	Ostéotomie		
02095	clavicule	314,20	4
02094	omoplate	392,55	5
	Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant		
02144	pour rupture du tendon du biceps proximal	267,45	4
02145	pour rupture du tendon du biceps distal	445,80	5
	coiffe des rotateurs		
02156	réparation de la coiffe incluant l'acromioplastie, le cas échéant	561,85	4
02157	reconstruction de la coiffe (mobilisation et réinsertion osseuse de la coiffe) incluant l'acromioplastie, le cas échéant	647,70	5
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	519,05	4
	Scapulopexie		
02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	754,15	7
	Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02231	gléno-humérale NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.	470,75	6
	Transposition		
02857	un tendon	433,15	3
02858	deux tendons ou plus	534,80	4
02859	supplément pour libération de contracture dans le même temps NOTE : Ce supplément ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 02857 ou 02858.	136,95	

BRAS (HUMÉRUS)

AVIS : *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Allongement ou correction incluant l'ostéotomie		
	Allongement		
02892	avec ou sans greffe	1 130,15	7
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
02839	un (1) niveau	785,00	11
02840	deux (2) niveaux	1 232,20	14

02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	968,85	11
	Amputation		
02280	au bras	457,35	4
	Biopsie osseuse		
02174	à l'aiguille	25,50	3
02175	ouverte	236,00	3
	Excision		
	tumeur bénigne		
02176	sans greffe	236,00	4
02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	549,00	5
02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	863,35	14
	tumeur maligne		
02178	sans greffe	628,50	6
02179	avec greffe incluant l'ostésynthèse, le cas échéant	754,15	7
02181	extensive avec reconstruction	1 107,30	14
02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	1 413,50	17
02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	243,05	5
----	excision de la tête humérale	(voir épaule)	
	Exérèse		
02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (P.C. 13)	155,70	4
02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal	202,10	4
02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	327,30	4
	Fasciotomie		
02011	au bras	260,20	4
	Fractures		
	col chirurgical sans luxation de la tête		
02605*	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	4
02568*	réduction fermée et fixation percutanée	332,65	5
02630*	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	651,15	5
	col chirurgical avec luxation de la tête		
02606*	réduction fermée (P.C. 13)	158,50	4
02598*	réduction fermée et fixation percutanée	404,40	5
02631*	réduction ouverte	680,35	5
	AVIS **:** *Les actes codifiés* ***02605 à 02631*** *sont soumis aux dispositions du 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G – Appareil muscolo-squelettique.*		
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	816,45	7
	trochin-trochiter		

02632*	réduction ouverte	392,55	5
	diaphyse		
02608*	réduction fermée (P.C. 13)	159,25	4
02633*	réduction ouverte	744,10	5
02911	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément	100,45	
	sus ou transcondylienne		
02609*	réduction fermée (P.C. 13)	183,35	4
02640*	réduction fermée et fixation percutanée	340,15	4
02634*	réduction ouverte	750,05	5
	condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée		
02610*	réduction fermée (P.C. 13)	78,40	4
02912*	réduction fermée et fixation percutanée	267,45	5
02635*	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	375,00	5
02921*	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée	404,40	5
	Greffe osseuse		
02363	humérus	269,55	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.		
	Incision et drainage		
02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	313,10	4
	Ostéotomie		
02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant	426,90	5

COUDE

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Amputation		
02279	désarticulation au coude	196,85	3
	Arthrodèse		
02927	du coude	549,00	5
	Arthrolyse		
02983	radio-humérale	340,15	4
02984	huméro-cubitale et radio-humérale (P.C. 13)	470,75	7
02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 047,05	11
	Arthroplastie		
02371	simple	549,00	5
02404	par prothèse totale	879,90	7
	Arthroscopie		
02985	du coude (P.C. 13)	156,55	4
02986	du coude avec biopsie	142,35	4
02987	du coude avec exérèse de corps étranger	236,00	4
	Arthrotomie		

	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
02039	du coude	172,60	3
02510	du coude pour arthrite septique	314,20	4
	Désinsertion		
02042	épicondyliens ou épitrochléens (P.C. 13)	169,50	3
	Examen et manipulation		
02834	Examen et manipulation, sous anesthésie générale	130,50	3
	Excision		
02222	tête radiale	340,15	4
02230	tête radiale avec remplacement	392,55	3
	Exérèse		
02988	de prothèse simple	156,55	4
02989	de prothèse totale	340,05	5
	Luxation		
02662*	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	3
02668*	réduction ouverte	424,90	4
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (P.C. 13)	54,35	3
	Neurectomie		
02129	neurectomie	340,15	5
	Réparation		
02197	de rupture ligamentaire	314,20	4
	Reconstruction		
02159	ligamentaire du coude	519,05	5
	Synovectomie		
02232	du coude (P.C. 13)	340,15	5

AVANT-BRAS

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement cubitus ou radius, ou les deux		
02538	avec ou sans greffe	392,55	7
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
02541	un (1) niveau	1 130,15	11
02542	deux (2) niveaux	1 255,80	14
02543	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 130,15	11
	Amputation		
02278	amputation	333,20	3
	Biopsie - radius ou cubitus		
02991	à l'aiguille	46,25	3
02992	ouverte	260,20	4

	Excision		
09548	olécrâne avec ou sans fascia plastie	260,20	4
	tumeur - radius ou cubitus		
02993	tumeur bénigne (P.C. 13)	172,60	4
02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	628,50	7
02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	879,90	11
02995	tumeur maligne	569,20	7
02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	754,15	7
02997	résection extensive et reconstruction	879,90	14
02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyntèse et l'autogreffe	1 004,40	14
02723	avec prothèse, supplément	195,60	2
	Exérèse		
02315	plaque et vis - radius (P.C. 13)	172,60	4
02314	plaque et vis - cubitus	172,60	4
02316	plaque et vis - radius et cubitus	314,20	4
02317	clou ou broche - radius ou cubitus (P.C. 13)	155,70	3
02998	clou ou broche - radius et cubitus (P.C. 13)	136,95	3
	Fasciotomie		
02020	un compartiment	432,75	4
02021	deux ou plusieurs compartiments	605,30	5
	Fractures		
02612*	olécrâne - réduction fermée	78,70	3
02636*	olécrâne - réduction ouverte	346,50	4
	fracture de Monteggia		
02624*	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	4
02649*	réduction ouverte	432,75	5
	diaphyse, apophyse coronoïde		
02570*	réduction fermée (P.C. 13)	58,40	3
02571*	réduction ouverte	432,75	5
	fracture - cubitus seul		
02586*	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
02587*	réduction ouverte	375,00	4
	fracture - radius seul		
02589*	réduction fermée (P.C. 13)	95,55	3
02599*	réduction ouverte	424,90	5
	fracture - radius et cubitus		
02651*	réduction fermée (P.C. 13)	127,35	3
02652*	réduction ouverte	648,70	7
	fracture épiphyse distale - radius et cubitus		
02654*	réduction fermée intra ou extra-articulaire (P.C. 13)	111,50	3
02735*	réduction fermée et fixation par broches	219,35	4
02736*	réduction ouverte	468,50	5

	tête ou col du radius		
02769*	réduction fermée (P.C. 13)	99,80	3
02361*	réduction fermée et embrochage percutané	222,90	4
02770*	réduction ouverte	342,10	5

AVIS **:** *Les actes codifiés **02612 à 2770** sont soumis aux dispositions du 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G – Appareil musculo-squelettique.*

	Greffe		
02359	cubitus NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	314,20	3
02358	radius NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	314,20	5
02360	radius et cubitus NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	405,55	7
	Incision et drainage		
02900	radius	346,50	4
02901	cubitus	346,50	4
02902	radius et cubitus	594,35	5
	Séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation		
02903	radius	392,55	3
02904	cubitus	392,55	4
02905	radius et cubitus	535,95	7
	Ostéotomie		
02906	radius ou cubitus	432,75	3
02907	radius et cubitus	605,30	7
	Reconstruction		
02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	754,15	7
	Raccourcissement incluant ostéotomie		
02908	cubitus ou radius avec ou sans greffe	468,50	4
02909	cubitus et radius avec ou sans greffe	498,05	7
09579	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre (P.C. 13)	223,60	4
09580	Transfert tendineux à l'avant-bras (P.C. 13) NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale	392,55	5
02389	Transposition et réinsertion d'un muscle à l'avant-bras	431,50	4
	maximum	863,00	

AVIS **:** *Inscrire le nombre de services.*

MAIN ET POIGNET

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Amputation		
02271	amputation d'une (1) ou plusieurs phalanges d'un doigt (P.C. 13)	148,60	4
02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	148,60	4
09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (P.C. 13)	243,05	3
02275	amputation de la main transmétacarpienne (P.C. 13)	237,20	3
02276	désarticulation du poignet (P.C. 13)	392,55	3
	Allongement		
	phalanges et métacarpiens		
02914	un (maximum de 640,65 $) (P.C. 13)	213,55	4
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de phalanges et de métacarpiens.*		
	Arthrodèse		
02928	pouce (P.C. 13)	408,25	4
02929	doigt (P.C. 13)	273,70	4
02926	poignet (P.C. 13)	549,00	4
	Arthrolyse		
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre) (P.C. 13)	785,00	11
	Arthroplastie		
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (P.C. 13)	263,15	4
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel (P.C. 13)	470,65	5
02372	poignet (P.C. 13)	314,20	6
02409	prothèse totale du poignet (P.C. 13)	628,50	7
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (P.C. 13)	594,35	5
	Arthroscopie		
02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (P.C. 13)	183,80	4
02958	avec débridement, supplément	125,80	
02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	183,80	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par jour.		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation		
	NOTE : Les actes 02040, 02932, 02038 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	104,50	3
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (P.C. 13)	235,30	4
02038	poignet (P.C. 13)	142,35	3
02933	poignet avec arthrite septique	314,20	4
	Biopsie		
02934	à l'aiguille, main et poignet	48,10	3
02939	ouverte, main et poignet (P.C. 13)	137,25	4
	Décompression		
02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transversé du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (P.C. 13)	183,90	3
	NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de dix (10) cm intéressant au moins deux (2) tendons fléchisseurs (C.S.)		
02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (P.C. 13)	228,75	3
	Excision		
02219	carpe, un (1) os ou plusieurs (P.C. 13)	243,05	4
02895	méniscectomie radio-cubitale	284,60	3
02139	extrémité inférieure (styloïde radiale) ou exostose du radius avec ou sans remplacement de l'extrémité distale du radius	236,00	4
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale) ou exostose du cubitus avec ou sans remplacement de la tête cubitale (P.C. 13)	156,55	4
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	137,25	4
	AVIS **:** *Acte visé par la règle 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
02784	avec greffe incluant l'ostésynthèse, le cas échéant (P.C. 13)	219,45	3
02785	carpe (P.C. 13)	156,55	4
02786	carpe avec greffe (P.C. 13)	367,65	7
	tumeur maligne		
02787	phalange, métacarpien (P.C. 13)	236,00	3
02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (P.C. 13)	268,00	4
02789	carpe (P.C. 13)	370,10	6
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (P.C. 13)	498,05	7
02791	résection extensive et reconstruction (P.C. 13)	664,10	14
	Exérèse		
	prothèse		
02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	151,65	3
02650	carpe (P.C. 13)	236,00	4
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges, métacarpiens et carpe (P.C. 13)	163,40	4
	Fractures		
	carpe (un (1) ou plusieurs os, scaphoïde et semi-lunaire exceptés)		

02618*	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
02642*	réduction ouverte	255,45	5
	scaphoïde, semi-lunaire		
02620*	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	3
02643*	réduction ouverte (P.C. 13)	340,15	5
	métacarpien		
02621*	réduction fermée, un (1) ou plusieurs (P.C. 13)	55,15	3
02616*	réduction ouverte, ou réduction fermée et fixation par broche transosseuse (P.C. 13)	254,70	4
	fracture de Bennett		
02622*	réduction fermée (P.C. 13)	55,15	3
02627*	réduction fermée et fixation par broche transosseuse	202,75	4
02646*	réduction ouverte	290,10	4
	phalange proximale et/ou moyenne (P1-P2)		
02623*	réduction fermée (P.C. 13)	49,65	3
	chaque réduction supplémentaire pour la même main	13,80	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de réductions.*		
02225*	réduction fermée et embrochage percutané (P.C. 13)	151,05	4
02647*	réduction ouverte (P.C. 13)	219,35	4
	phalange distale (P3)		
02626*	réduction fermée (P.C. 13)	33,55	3
02628*	réduction fermée et fixation par broche transosseuse (P.C. 13)	134,60	3
02648*	réduction ouverte (P.C. 13)	164,05	4
02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (P.C. 13)	169,80	4
	Fascia		
02554	fasciotomie compartiment interosseux, un (P.C. 13)	148,60	4
	(maximum)	297,20	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de fasciotomies.*		
	pour maladie de Dupuytren		
02125	fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (P.C. 13)	219,35	4
02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (P.C. 13)	297,15	6
	Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux		
02658	métacarpe, phalange (P.C. 13)	243,05	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés) (P.C. 13)	202,85	3
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse) (P.C. 13)	462,40	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Incision et drainage		
02682	phalange, métacarpien	186,80	4

02697	carpe	137,50	3
	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation		
02698	phalange, métacarpien (P.C. 13)	124,55	4
02699	carpe (P.C. 13)	202,85	5
02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (P.C. 13)	156,55	4
	Luxation		
	interphalangienne		
02666*	réduction fermée, une (1) (P.C. 13)	35,30	3
	chaque réduction supplémentaire pour la même main	10,00	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de réductions.*		
02671*	réduction ouverte	168,30	4
	métacarpo-phalangienne		
02664*	réduction fermée, une (1) (P.C. 13)	49,65	3
	chaque réduction supplémentaire pour la même main	9,95	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de réductions.*		
02670*	réduction ouverte	161,85	4
	poignet		
02663*	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	3
02669*	réduction ouverte	424,90	5
	carpo-métacarpienne		
02677*	réduction fermée (P.C. 13)	49,65	3
02678*	réduction ouverte	236,00	4
02679*	réduction fermée avec broche percutanée	160,00	4
	Manipulation d'articulation sous anesthésie générale		
02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	29,75	3
02835	poignet (P.C. 13)	141,15	3
	Ostéotomie		
02706	phalange proximale (P.C. 13)	235,30	3
02713	phalange moyenne (P.C. 13)	142,35	4
02717	phalange distale (P.C. 13)	169,80	4
02718	métacarpe (P.C. 13)	142,35	3
	Réparation		
02898	ligaments métacarpo-phalangiens (P.C. 13)	219,35	4
02198	ligaments du poignet (P.C. 13)	295,95	4
	Reconstruction ligamentaire		
02726	métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	260,40	4
02160	poignet avec greffe de tissus (P.C. 13)	231,25	5
	Synovectomie		
02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (P.C. 13)	148,60	4
02741	poignet (P.C. 13)	268,00	5
	Syndactylie		
02377	avec greffe de commissure (P.C. 13)	426,90	4
	Ténotomie corrective		

02050	un (1) doigt (P.C. 13)	131,95	4
02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (P.C. 13)	140,05	3
	Tendon		
02368	transplantation d'un (1) doigt sur un (1) doigt adjacent sauf pollicisation	326,90	5
09582	pollicisation ou transfert d'un (1) doigt à un (1) doigt non adjacent	569,20	7
09583	Transfert tendineux, poignet ou main	469,60	5
	maximum	939,20	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de transferts tendineux.*		
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
09585	Suture tendineuse latéro-latérale, une (1) ou plusieurs, par membre	397,70	4
	Reconstruction d'un tendon (greffe tendineuse), incluant reconstruction des poulies		
09586	en un (1) temps (P.C. 13)	426,90	7
	en deux (2) temps		
09587	premier temps (P.C. 13)	426,90	7
09588	deuxième temps (P.C. 13)	385,10	5

EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Extrémités – Membres inférieurs*, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche**.

HANCHE

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Amputation		
02296	désarticulation de la hanche	879,90	11
	Arthrodèse		
02936	primaire	879,90	11
02930	post résection de tête fémorale	877,50	14
	Arthroscopie		
02419	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résection de corps étranger ou de souris articulaire (P.C. 13)	404,40	3
	Arthroplastie		
	Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)		
02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	742,30	7
02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse	803,20	9
02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	1 033,20	11

02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale	1 182,10	11
	remplacement de prothèse totale après infection :		
02249	en un *(1)* seul temps (incluant exérèse de prothèse)	1 359,30	14
	en deux *(2)* temps :		
02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation temporaire)	589,65	9
02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale)	847,15	11
02614	prothèse totale après arthrodèse	1 384,55	17
02257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale	1 439,85	17
	NOTE : Aucun autre acte ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un autre médecin		
02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	735,30	9
02260	remplacement de composante fémorale complète seulement	861,30	11
02342	remplacement de prothèse totale incluant l'exérèse des composantes fémorale et acétabulaire	1 315,00	14
02261	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel du fémur, supplément	299,60	3
02262	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut non-circonférenciel de l'acétabulum, supplément	301,50	3
02263	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	524,30	3
02266	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel de l'acétabulum, supplément	524,30	3
	NOTE : Les 4 suppléments codés 02261, 02262, 02263 et 02266 ne peuvent être facturés avec les codes d'acte 02747, 02748, 02702, 02700, 02500 et 02501.		
	Arthrotomie		
02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	549,55	4
	Excision		
	Voir tumeur ou site anatomique		
	Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)		
02320	prothèse simple	561,85	4
02321	prothèse totale	680,35	7
02794	clous ou vis	217,40	4
02795	clou-plaque, plaque et vis	432,75	5
	Luxation		
	traumatique		
02619*	réduction fermée sans anesthésie (P.C. 13)	96,10	
02629*	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale	222,90	4
02757*	réduction ouverte	750,05	7

	congénitale (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
02747	unilatérale	396,15	4
02748	bilatérale	405,55	4
02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	879,90	7
02700	réduction ouverte (incluant spica)	754,15	7
02500	avec ostéotomie du bassin	970,05	9
02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 069,65	14
	Examen et manipulation		
02849	sous anesthésie régionale ou générale	79,25	3
02483	pour nécrose avasculaire incluant spica et, le cas échéant, les ténotomies	202,10	14
	Synovectomie		
02252	complète	680,35	7
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		
	Ténotomie		
	adducteurs		
02074	fermée	130,50	3
02079	ouverte	156,55	3
02081	psoas	236,00	3
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	549,00	5
	Transposition et réinsertion tendineuse		
02432	abdominale	296,50	4
02433	psoas iliaque	796,85	7

CUISSE

02434	allongement ou section de la bandelette de Maissiat	172,60	4
02295	amputation de la cuisse	581,20	6
02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	754,15	7
02041	fasciotomie fémorale	314,20	4

FÉMUR

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
02349	avec ou sans greffe	1 004,40	14
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
02376	un (1) niveau	1 130,15	14
02378	deux (2) niveaux	1 309,15	17
02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 024,55	11
02484	fasciectomie préalable à l'allongement	314,20	4
	Biopsie		

02796	à l'aiguille	48,10	3
02797	ouverte	236,00	4
02719	forage et décompression de la tête fémorale	267,45	5
02720	avec greffe osseuse, supplément	135,70	
	NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Épiphysiodèse		
02950	fémur par greffe	549,00	4
02952	fémur et tibia par greffe	628,50	5
02953	fémur par crampons (agrafe)	470,75	4
02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	549,00	4
02798	grand trochanter	275,10	4
	Excision		
02240	tête et col	549,00	4
	tumeur bénigne col et/ou tête		
02799	sans greffe	680,35	5
02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	900,05	7
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
02802	sans greffe	378,35	4
02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	692,95	7
02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	1 255,80	14
	tumeur maligne		
02808	sans greffe	692,95	7
02811	avec greffe ou remplacement par prothèse	831,50	7
02812	résection extensive et reconstruction	1 530,05	14
02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 413,50	17
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	289,45	4
	Exérèse de matériel		
02307	bande métallique (une ou plusieurs)	172,60	4
02310	clou, incluant le verrouillage proximal	336,40	4
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	370,75	4
02899	plaque et vis	375,00	4
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	71,90	3
	Fracture		
	col ou intertrochantérienne		
02637*	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins	151,05	4
02638*	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans	172,60	4
	réduction ouverte		
02687*	vis percutanée	519,05	7
02716*	clou et plaque	651,10	9
02714	greffe pédiculée de Judet, etc. (non soumis à l'article 2.01, 3^{e} alinéa)	753,00	9

	col ou pertrochantérienne		
02739*	réduction ouverte et ostéotomie	680,35	9
02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	646,90	7
02689	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	89,90	
	sous trochantérienne		
02742*	réduction ouverte	884,95	9
	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne		
02690*	réduction fermée avec ou sans anesthésie	373,65	4
02673*	réduction ouverte fixation interne ou externe	882,05	9
09589	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	970,05	9
09590	verrouillage distal, supplément	162,35	2
	Greffe		
02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	680,35	7
	Incision		
02269	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	470,75	4
02564	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aiguë	470,75	4
02574	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	511,40	4
	Ostéotomie		
02091	col fémoral	879,90	9
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	831,50	7
	Raccourcissement de l'os		
02405	avec ou sans greffe	879,90	9
	Transfert ou transposition		
02625	grand trochanter seul	605,30	4
	Plastie		
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo- nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	1 950,70	17

GENOU

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Amputation		
02294	désarticulation du genou	489,65	4
	Arthrodèse		
02937	simple	754,15	7
02966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, dans un même temps, le cas échéant	831,50	11
	Arthrolyse		
02016	directe, toute voie d'approche	482,60	4
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	1 130,15	11

	Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)		
02492	prothèse totale unicompartimentale	743,10	7
02403	prothèse totale bicompartimentale	970,05	11
	Arthroplastie de remplacement		
18160	lavage de prothèse infectée incluant l'arthrotomie, le débridement et, le cas échéant, la synovectomie, le changement de polyéthylène ou la composante modulaire	679,05	9
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet **Appareil musculo-squelettique** ne peut être facturé au même site à la même séance.		
18161	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale, tibiale et rotulienne et, le cas échéant, l'ostéotomie fémorale ou tibiale ou la fenêtre)	1 177,40	14
	en deux temps :		
18162	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	970,05	11
18163	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	970,05	11
18015	changement de polyéthylène seulement	553,90	6
02487	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du fémur, supplément	306,60	3
02391	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartimental du tibia, supplément	302,70	3
02392	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	524,30	3
02393	avec allogreffe ou autogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément	524,30	3
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet **Appareil musculo-squelettique** ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 02391, 02392, 02393 et 02487.		
02498	prothèse rotule seulement	553,90	5
02499	par allogreffe au fémur distal	910,75	9
02442	par allogreffe au tibia proximal	1 004,40	9
02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 174,00	14
02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie régionale ou générale	141,15	3
	Arthroscopie		
02577	simple du genou, incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (P.C. 13)	218,80	3
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : (P.C. 13) méniscectomie débridement articulaire section de l'aileron externe		

	exérèse de souris ou de corps étranger	319,10	3
	NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.		
	Arthrotomie ou capsulotomie		
02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la méniscectomie ou la section de l'aileron externe	375,00	4
	Exérèse de prothèse		
02305	matériel d'ostéosynthèse rotule	169,50	4
09539	prothèse totale du genou, incluant le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation temporaire	655,15	4
09540	prothèse totale de rotule, incluant le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	314,20	3
	Excision		
02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite	268,00	4
02164	kyste de Baker	340,15	4
	Fracture rotule		
09549*	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	509,60	3
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	434,40	4
	Greffe ostéochondrale		
02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche	415,05	4
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.		
	Luxation		
	genou		
02737*	réduction fermée incluant la surveillance (P.C. 13)	159,25	4
	rotule		
02749*	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	432,75	4
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	560,45	6
	Reconstruction au-delà de six (6) semaines du traumatisme (toute voie d'approche)		
02107	ligament interne ou externe ou les deux	470,75	5
02102	croisé antérieur (technique intra-articulaire)	650,45	7
02110	avec tendon rotulien, supplément	154,20	2
02476	croisé antérieur (technique extra-articulaire)	549,00	7
02103	croisé antérieur (techniques intra et extra-articulaires)	680,35	7
02121	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place, la synovectomie et le prélèvement tendineux, supplément	141,15	

02105	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	645,75	9
02104	croisé postérieur	754,15	9
02172	croisé postérieur avec tendon quadricipital incluant le prélèvement	801,70	11
02106	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	795,75	11
02108	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	860,35	14
	Réparation (toute voie d'approche)		
02477	ligament interne ou externe ou les deux	519,05	5
02418	croisé antérieur seul	470,75	4
02847	croisé antérieur avec augmentation	549,00	7
02425	croisé postérieur seul	549,00	7
02855	croisé postérieur avec augmentation	754,15	9
02421	croisé antérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	534,80	9
02437	croisé postérieur incluant la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	645,75	9
02438	croisés antérieur et postérieur incluant, le cas échéant, la capsule ou le(s) ligament(s) collatéral(aux) ou les deux	750,05	11
02439	chaque méniscectomie associée à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	71,90	
02475	chaque ménisque suturé associé à une reconstruction-réparation ligamentaire, supplément	222,90	
	Suture		
02822	un ménisque, toute voie d'approche	447,15	5
02059	tendon du quadriceps	561,85	4
02061	tendon rotuléen	554,50	5
	Synovectomie		
02253	complète du genou, toute voie d'approche	519,05	5

TIBIA ET PÉRONÉ

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Allongement ou correction incluant ostéotomie		
	Allongement		
02386	avec ou sans greffe (P.C. 13)	783,15	11
	avec fixateur externe (llizarov ou autre)		
02387	un (1) niveau	1 130,15	11
02388	deux (2) niveaux	1 255,80	14
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 130,15	11
	fasciectomie préalable à allongement		
02485	1 compartiment	314,20	4
02486	2 compartiments ou plus	355,75	5
	Amputation		

02292	amputation à la jambe (B.K.)	550,95	4
	Biopsie		
02864	à l'aiguille (P.C. 13)	54,00	3
02865	ouverte	260,20	4
	Décompression - dénervation		
	fasciotomie tibiale		
02046	un (1) compartiment	236,00	4
02047	deux (2) compartiments ou plus	375,00	4
	Épiphysiodèse du tibia		
02951	par greffe (Phemister)	470,75	3
02954	par crampon	392,55	3
	Excision		
02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	750,05	6
02867	résection extensive et reconstruction	1 386,30	11
02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	281,60	4
02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	655,15	5
02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	968,85	14
02870	tumeur maligne	653,80	5
02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	754,15	9
02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 558,45	17
02597	avec prothèse totale, supplément	267,45	4
	Exérèse		
02309	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné (P.C. 13)	155,70	4
02872	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné	156,55	4
02299	plaque plus vis - tibia ou péroné	186,80	4
02873	plaque plus vis - tibia et péroné	375,00	4
	Fractures		
	péroné seul		
02705*	réduction fermée	55,15	4
02725*	réduction ouverte	255,45	3
	tibia (avec ou sans péroné)		
02694*	réduction fermée (P.C. 13)	159,25	4
	réduction ouverte		
02696*	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	655,15	5
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	655,15	5
09592	verrouillage distal, supplément	163,40	2
02721	épiphyse proximale plateau (un (1) ou deux (2))	649,55	5
02743	pilon tibial	750,05	5
	Greffe osseuse		
02874	pour pseudarthrose congénitale	879,90	7

02413	simple tibia et/ou péroné NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	509,60	4
02414	par transposition du péroné	569,20	5
	Incision et drainage		
02875	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	366,80	4
02876	forage ou fenestration de la corticale	337,45	4
02877	saucérisation (mise à plat)	314,20	4
02878	séquestrectomie avec ou sans greffe	346,50	4
	Ostéotomie		
02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	680,35	6
02068	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	549,05	5
02030	du péroné	172,60	4
	Raccourcissement incluant ostéotomie		
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage	754,15	9

CHEVILLE

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Amputation		
02291	type Syme	594,35	4
	Arthrodèse		
02944	pan-arthrodèse	754,15	9
02938	tibio-tarsienne	743,40	5
	Arthrolyse		
02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre)	1 246,00	11
	Arthroplastie		
02420	simple de la cheville	354,30	4
02408	totale de la cheville (prothèse)	796,85	7
	Arthroscopie		
02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (P.C. 13)	136,95	3
02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : (P.C. 13) - résection de souris ou de corps étranger - résection d'ostéophyte - forage ou chondroplastie d'abrasion	332,65	5
	Arthrotomie		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage, ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
02880	avec ostéotomie malléolaire	424,90	6
02057	simple de cheville	340,15	3
02882	avec arthrite septique	392,55	4
	Décompression - dénervation		

02883	décompression - sinus du tarse	142,35	4
02884	décompression - tunnel tarsien	156,55	4
02885	neurectomie cheville	202,85	3
	Exérèse		
09541	de prothèse totale de cheville	236,00	4
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
02304	uni-malléolaire (P.C. 13)	155,70	4
02306	bi ou tri-malléolaire (P.C. 13)	169,50	4
	Fracture		
	uni, bi, tri-malléolaire		
02708*	réduction fermée (P.C. 13)	104,05	4
	réduction ouverte		
02727*	uni-malléolaire	375,00	4
09542*	bi-malléolaire	561,85	5
02886*	tri-malléolaire	655,15	5
02887*	malléolaire avec déchirure ligamentaire	551,35	4
	Luxation		
02751*	réduction fermée (P.C. 13)	95,55	3
02888*	réduction ouverte incluant réparation ligamentaire	561,85	5
	Manipulation		
02851	cheville	155,70	3
	Reconstruction - réparation		
02161	reconstruction ligamentaire	392,55	4
02199	réparation ligamentaire (immédiate)	314,20	4
	réparation tendon d'Achille		
02441	immédiate	468,50	4
02889	tardive	519,05	3
	Synovectomie		
09543	cheville	432,75	4
	Ténotomie (tendon d'Achille)		
02075	fermée	130,50	3
02080	ouverte	156,55	3
	Transposition tendineuse		
09544	une	392,55	4
09545	deux ou plusieurs	549,00	5

PIED

AVIS **:** *Les actes suivis d'un astérisque (*) sont soumis au 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'onglet G - Appareil musculo-squelettique.*

	Allongement incluant l'ostéotomie		
02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (llizarov ou autre)	879,90	6
	Amputation		
02267	médio-tarsienne ou transmétatarsienne (P.C. 13)	432,75	4

02287	un métatarsien en rayon (P.C. 13)	148,60	4
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied	29,70	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de métatarsiens.*		
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (P.C. 13)	153,75	4
	chaque orteil supplémentaire	36,35	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre d'orteils.*		
	Cet acte est soumis aux dispositions du 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelletique.		
	Arthrodèse		
02943	médio-tarsienne ou sous-astragalienne ou triple arthrodèse	750,05	5
02949	articulation de Lisfranc	314,20	4
02946	articulation métatarso-phalangienne (P.C. 13)	346,50	4
02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (P.C. 13)	155,70	3
	chaque orteil supplémentaire	42,45	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre d'orteils.*		
	Cet acte est soumis aux dispositions du 3e alinéa du paragraphe 2.01 du préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique.		
	Arthrolyse		
02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (llizarov ou autre)	879,90	5
	Arthroscopie		
09500	pied (P.C. 13)	134,75	4
	Arthrotomie		
	Arthrotomie incluant, le cas échéant :		
	la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire		
02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite (P.C. 13)	130,50	4
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite (P.C. 13)	267,45	4
09501	pour arthrite septique (P.C. 13)	260,20	4
	Biopsie		
09502	à l'aiguille ou au trocart	52,05	3
02247	ouverte (P.C. 13)	183,80	4
	Excision		
02244	complète d'astragale ou de calcanéum	367,55	7
02241	barre tarsienne	392,55	4
02234	fascia pour fibromatose plantaire, incluant l'arthrotomie, le cas échéant (P.C. 13)	281,60	4
02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (P.C. 13)	172,60	4
02242	tête métatarsienne (P.C. 13)	148,20	4
	chaque tête métatarsienne supplémentaire pour le même pied	29,55	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre d'excisions.*		

02245	os sésamoïde (P.C. 13)	156,55	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
	tumeur bénigne		
	calcanéum ou astragale		
09505	sans greffe (P.C. 13)	281,60	4
09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	432,75	5
	os mineurs		
09507	sans greffe (P.C. 13)	169,50	4
09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	340,05	4
	tumeur maligne		
	calcanéum ou astragale		
09509	sans greffe	330,95	6
09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	474,30	7
	os mineurs		
09511	sans greffe (P.C. 13)	213,45	4
09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	284,60	3
	Exérèse		
09513	prothèse (P.C. 13)	169,45	4
09514	vis, broche, fils, clou, plaque	155,70	3
	Greffe		
09515	calcanéum ou astragale	428,05	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
09516	os mineur	260,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Fracture		
	calcanéum ou astragale		
02710*	réduction fermée, sous anesthésie régionale ou générale (P.C. 13)	155,70	3
02744*	réduction fermée avec embrochage percutané (non soumis à l'article 2.01, 3e alinéa)	392,55	5
02730*	réduction ouverte	594,35	4
02734*	arthrodèse primaire	605,30	5
	tarse (astragale et calcanéum exceptés)		
	un ou plusieurs		
02709*	réduction fermée	100,75	4
02729*	réduction ouverte	424,75	5
	métatarsien		
02711*	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (P.C. 13)	55,15	3
02691*	réduction fermée avec embrochage percutané (P.C. 13)	143,80	3
	chaque métatarsien supplémentaire	39,35	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de métatarsiens.*		
	réduction ouverte		
02731*	un *(1)* (P.C. 13)	172,60	4

02732*	plusieurs au même pied	408,25	3
	phalange		
02712*	réduction fermée	42,05	3
	chaque supplémentaire pour le même pied	11,20	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de réductions.*		
02692*	réduction fermée avec embrochage percutané	141,10	3
	chaque orteil supplémentaire pour le même pied	38,45	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre d'orteils.*		
02733*	réduction ouverte	186,80	4
	Incision - drainage		
09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (P.C. 13)	151,35	4
09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (P.C. 13)	141,60	4
09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (P.C. 13)	236,00	4
	Luxation		
	tarse		
02752*	réduction fermée (P.C. 13)	100,75	4
02765*	réduction fermée et fixation percutanée	265,75	4
02764*	réduction ouverte	333,45	4
	métatarso-phalangienne		
02754*	réduction fermée	42,45	3
	chaque réduction supplémentaire pour le même pied	11,35	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de réductions.*		
02766*	réduction ouverte	169,50	4
	interphalangienne		
02756*	réduction fermée	27,95	3
	chaque réduction supplémentaire pour le même pied	11,20	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de réductions.*		
02767*	réduction ouverte	145,05	4
	Manipulation		
09532	un ou deux pieds pour correction de difformité et l'immobilisation	139,00	3
	Ostéotomie		
02060	calcanéum, astragale ou tarse	346,50	5
09524	métatarse (P.C. 13)	172,60	4
09563	phalange (P.C. 13)	156,55	4
	Reconstruction		
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
09528	un *(1)*	156,55	4
09529	plusieurs	549,00	5
02049	syndactylie pour orteil	137,50	4
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
09564	un *(1)*	136,95	4

	chaque orteil supplémentaire du même pied	27,25	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre d'orteils.*		
	transposition et réinsertion tendineuse, pied		
09530	un *(1)* (P.C. 13)	432,75	4
09531	plusieurs (P.C. 13)	549,00	5
02436	ténodèse, pied	314,20	3
	Reconstruction de la 1re articulation métatarso-phalangienne, incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
09593	sans ostéotomie (P.C. 13)	255,45	4
02069	avec ostéotomie ou arthrodèse cunéo-métatarsienne (P.C. 13)	319,10	4
	arthroplastie métatarsophalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
09595	hémi-arthroplastie (P.C. 13)	255,45	4
09596	arthroplastie totale (P.C. 13)	375,00	4
09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (P.C. 13)	366,80	4
02529	métatarsophalangienne, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant	156,55	4
02550	arthroplastie de résection interphalangienne pour correction d'orteil en griffe, incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (P.C. 13)	151,05	4
	chaque orteil supplémentaire du même pied	30,05	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre d'orteils.*		
02422	pour chevauchement du 5e orteil, toute technique (P.C. 13)	156,55	4
	pied bot ou astragale vertical		
02553	allongement ouvert du tendon d'Achille	136,95	4
02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	404,40	5
02556	relâchement antérieur	404,40	5
02557	relâchement plantaire extensif	445,80	5
02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	469,60	6
02560	relâchement postéro-médian	750,05	11
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	reprise d'un relâchement postéro-médian	1 179,15	14
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
	Synovectomie		
02248	orteil	162,85	3
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie au même orteil lors de la même séance.		
	Ténotomie		

	fermée		
02071	un *(1)* orteil (P.C. 13)	47,40	3
02072	plusieurs orteils (P.C. 13)	130,50	3
02073	fascia plantaire (Steindler) (P.C. 13)	130,50	3
	sous vision directe		
02076	un *(1)* orteil (P.C. 13)	156,55	3
02077	plusieurs orteils (P.C. 13)	202,75	3
02078	fascia plantaire (Steindler) (P.C. 13)	156,55	3

BOURSE SÉREUSE

	Drainage		
02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	186,80	4
	Excision		
02212	bourse calcanéenne (talon)	156,55	3
02236	bourse olécrânienne (P.C. 13)	186,80	3
02235	bourse huméro-radiale	142,35	3
02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétibiale	155,70	3
02255	bourse péritrochantérienne	130,50	3
02233	bourse sous-deltoïdienne	156,55	3
09534	bourse ischiatique	213,45	3
	Incision - exérèse		
02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	186,80	4

MUSCLES

	Allongement		
09535	allongement musculaire (P.C. 13)	346,50	3
	Exérèse		
	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale		
02190	simple (P.C. 13)	155,70	4
02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu (P.C. 13)	313,75	4
	Excision		
09536	raccourcissement musculaire	213,45	4
02208	résection de muscle (myectomie) simple (P.C. 13)	260,20	4
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (P.C. 13)	392,55	5
02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	284,60	5
02023	section du sterno-cléïdo-mastoïdien (torticolis congé-nital)	308,10	4
	tumeur		
02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	236,00	3
02152	excision tumeur bénigne (P.C. 13)	254,70	3
02153	excision tumeur maligne (P.C. 13)	551,00	4
02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	445,80	7

	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Reconstruction - réparation		
02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale)	302,35	6
02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (P.C. 13)	219,35	4
02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral	586,95	9

TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS

	Excision		
	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
02201	une *(1)* (P.C. 13)	186,80	4
02202	plusieurs (P.C. 13)	263,15	4
09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (P.C. 13)	146,70	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	236,00	3
02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (P.C. 13)	148,60	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	156,45	3
	AVIS **:** *L'acte codifié **02082** est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (P.C. 13)	339,70	4
	Incision et exérèse		
02200	exploration, sans réparation, d'un tendon, qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.G. 2.4.7.7.A)	35,00	2
	AVIS **:** *L'acte codifié **02200** est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (P.C. 13)	124,20	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.		
02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (P.C. 13)	151,65	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
09597	Tenolyse d'un doigt, une (1) ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (P.C. 13)	396,15	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
02327	Ténodèse articulaire à un doigt (P.C. 13)	177,85	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
	Reconstruction - Réparation		
02326	greffe tendineuse, autre site que main ou poignet (P.G. 2.4.7.7.A) (P.C. 13)	313,75	3

AVIS **:** *L'acte codifié **02326** est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*

	suture		
	ténorraphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
02396	tendon extenseur (du même membre) (P.C. 13)	194,65	4
	maximum	583,95	
	tendon fléchisseur (du même membre)		
02397	un (1) - réparation immédiate ou tardive (P.C. 13)	297,25	4
	maximum	891,75	
	AVIS **:** *Pour les actes codifiés **02396** et **02397**, inscrire le nombre de tendons.*		
02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. (P.C. 13)		
	un (1) tendon	280,15	4
	maximum	1 120,60	
	AVIS **:** *Inscrire le nombre de tendons.*		
02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	302,35	6
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	403,20	7

DIVERS

02863	Immobilisation temporaire de fracture avec ou sans réduction temporaire qui nécessite un transfert à un autre médecin (P.C. 13)	16,65	
	application de stimulateurs électriques		
02488	externes	98,05	3
02489	percutanés	120,85	3
02490	internes	177,85	4
02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle	139,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre service par le même médecin à la même séance.		
02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	160,00	4
02301	exérèse de clou ou broche pour traction (P.C. 13)	32,65	3
02328	exérèse de prothèse ailleurs	169,50	4
02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (P.C. 13)	141,15	4
02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	15,50	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
09547	os majeur	117,15	4
09546	os mineur	101,70	3
02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (P.C. 13)	156,55	4
02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne	156,55	4

Immobilisation par plâtre, attelles et « taping »

(coût du matériel non inclus)

	extrémités		
02820	doigt	28,90	2
02823	main	29,40	2
02848	pied	29,40	2
02800	membre supérieur (bras, coude, avant-bras) ou inférieur (cuisse, genou, jambe)	38,25	2
02807	« taping » du pied ou de la cheville	34,50	2
02824	spica de l'épaule	72,15	2
02809	minerve	71,45	2
02810	corset plâtré	72,15	2
02842	spica de la hanche (unilatéral ou bilatéral)	72,15	2

Appareillage fonctionnel

Application d'attelles correctrices sans fracture ni luxation (v.g. pour arthrite) incluant les attaches et l'imperméabilisation, mais n'incluant pas le coût du matériel.

Ces honoraires s'appliquent quand les attelles sont fabriquées au bureau du médecin. La prestation est réduite à 5,90 $ au 1er septembre 2018 et de 5,95 $ au 1er octobre 2019 quand l'attelle est fabriquée à l'hôpital. **(MOD 067)**

02804	tibia	98,05	2
02805	fémur	134,50	2
02806	avant-bras	77,85	2
02817	cou	22,50	
	membre supérieur		
02829	épaule	26,45	
02827	coude	20,40	
02828	main et poignet	22,05	
	membre inférieur		
02852	toute la jambe (moitié de cuisse jusqu'aux orteils)	27,05	
02853	genou	20,80	
02854	sous-genou (incluant le pied)	20,80	
02381	prise de greffon osseux par un médecin autre que le premier intervenant (P.C. 13)	172,60	
02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une (1) ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux		
	unilatéral	260,20	5
02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	148,20	3

Prélèvements chez un cadavre

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

Prise de greffon entier pour allogreffe, incluant la préparation, l'emballage et la culture.

AVIS **:** *Les actes codifiés **02423**, **02424**, **02427**, **02428**, **02429**, **02430**, **02431** et **02530** sont payables par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois.*

Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

02430	astragale	245,50	
02423	bassin	470,75	
02431	calcanéum	130,50	
02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	392,55	
02428	humérus	314,20	
02530	peau	355,75	
02429	radius ou cubitus	284,60	
02427	tibia	314,20	

Réimplantation

(après amputation complète avec suture de nerfs, artères, veines, sous microscope)

AVIS **:** *Ne pas fournir le protocole opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.*

NOTE : La règle 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas aux actes de cette rubrique

02355	avant-bras	1 660,15	17
02356	bras	1 660,15	17
02352	doigt (incluant au moins une articulation) (P.C. 13)	1 185,80	17
02357	épaule	2 134,50	17
02354	poignet	1 660,15	17
	Microanastomose (grossissement 5X et plus) :		
02385	Microanastomose d'une artère ou d'une veine (P.C. 13)	653,65	9
02394	Greffe d'une artère ou d'une veine microanastomosée	1 067,25	14
02180	Réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé effectuée en deçà de 14 jours de la procédure initiale	426,90	7
	NOTE : Aucun autre service ne peut être facturé pour le même patient à la même séance.		

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

AVIS **:** *Lorsqu'un acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu.*

Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation du plateau de chirurgie.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

NEZ

		R = 1	R = 2
	Incision		
	Abcès ou hématome de la cloison		
03000	drainage (P.G. 2.4.7.7 A)	29,15	3
03003	drainage avec implantation immédiate de substance	128,10	4
03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	77,05	4
	Excision		
	Turbinectomie toutes méthodes		
03101	unilatérale partielle ou queue de cornet	33,40	2
03102	bilatérale	46,25	2
	Polypectomie nasale		
03160	unique (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	14,85	3
03172	multiple (P.C. 13)	46,25	3
03173	multiple bilatérale (P.C. 13)	68,85	3
03161	polype des choanes	53,10	3
03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	154,20	4
03200	Amenuisation d'un (1) ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie) (résection sous-muqueuse d'un cornet)	100,75	2
03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	36,55	1

03207	Cryochirurgie d'un cornet du nez	66,45	2
	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser		
03208	**pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx (P.C. 13)**	145,20	3
03209	**pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx**	166,05	3
03239	Amputation nasale	271,30	3
	Réparation		
03301	Cautérisation de cornet, unilatérale (P.C. 13)	23,25	4
03320	Septodermoplastie (P.C. 13)	198,00	3
03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic (P.C. 13)	213,45	4
03322	Cure de perforation de la cloison (P.C. 13)	198,00	2
03367	Mise en place d'un bouton de silastic	66,45	4
	Septorhinoplastie		
03323	partielle (excluant les ostéotomies) (P.C. 13)	258,50	3
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
03225	**par voie endonasale (P.C. 13)**	330,90	4
03226	**par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (P.C. 13)**	415,05	7
03325	Collumelloplastie seule (P.C. 13)	154,20	4
03327	Greffe composée	177,85	5
03327	Greffe composée	176,10	5
03328	Rhinophyma rasage (P.C. 13)	261,55	5
03329	Correction plastique d'un rhinophyma	C.S.	5
	Chirurgie corrective de rhinite atrophique :		
03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	129,35	4
03331	par greffe autogène	198,00	4
	Atrésie d'une choane		
03340	approche nasale antérieure sous microscope	254,90	11
03341	ponction et insertion de tube	69,10	11
03342	approche par voie transpalatine	260,90	3
03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (P.C. 13)	13,90	3
	Manipulation		
	Épistaxis		
03804	cautérisation de la cloison	7,45	3
03806	électrocautérisation	15,20	3

	tamponnement nasal		
03801	**antérieur, par mèche**	14,90	2
03809	**antérieur et postérieur (P.G. 2.4.7.7 A)**	42,45	3
03807	**tube gonflable**	79,25	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	87,05	3
03808	**par mèche et tampon rhino-pharyngé (P.G. 2.4.7.7 B)**	117,15	4
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	139,95	4
03810	ligature intra-nasale de l'artère sphéno-palatine (P.C. 13)	364,75	7
	Corps étranger		
	Extraction de corps étranger du nez		
03002	par rhinotomie (P.G. 2.4.7.7 A)	46,15	3
03194	par rhinoscopie (P.C. 13)	15,00	3
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	50,05	3

NASO-PHARYNX

	Excision		
	Exérèse de tumeur		
03165	par voie intranasale	68,85	4
03166	par voie transpalatine	258,50	6
03167	par voie naso-pharyngée	129,35	4
03168	par voie cervicale	C.S.	6
	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur		
03158	bénigne	104,40	4
03159	maligne	198,00	3
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome	C.S.	7
	Réparation		
03337	Réparation de fistule oro-nasale	61,65	3
03338	Correction de difformités postsinusectomie radicale	177,85	4
03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	462,50	7
03369	avec greffe adipeuse (supplément)	103,65	
03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du naso-pharynx	46,65	3

SINUS

	Incision		
03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne, infundibulectomie) (P.C. 13)	82,85	4
03008	Sinusotomie frontale par voie externe (trépanation avec ou sans insertion de cathéter)	129,35	4
03005	Sinusotomie sphénoïdale	86,85	4

Excision

	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) :		
03105	unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant (P.C. 13)	222,90	4
03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (P.C. 13)	204,00	3
03215	Sinusectomie frontale externe radicale	407,95	5
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
03110	antérieure unilatérale (P.C. 13)	166,05	4
03111	antérieure et postérieure unilatérale (P.C. 13)	190,95	4
03112	avec sphénoïdotomie (P.C. 13)	230,10	4
03113	avec sphénoïdectomie (P.C. 13)	281,10	4
03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	348,85	4
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie, le cas échéant :		
03210	par voie intranasale	166,05	4
03211	par voie transpalatine	383,05	4
	NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical code 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
03235	**sans exérèse du plateau palato-dentaire**	458,90	5
03236	**avec exérèse du plateau palato-dentaire**	522,95	9
	avec exentération de l'orbite :		
03237	**sans exérèse du plateau palato-dentaire**	522,95	9
03238	**avec exérèse du plateau palato-dentaire**	649,90	11
03246	Sinusectomie sphénoïdale par voie transseptale	319,00	5
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie transantrale		
03247	ligature de l'artère maxillaire interne (P.C. 13)	402,00	5
03248	ganglionectomie sphéno-palatine	379,40	6
03249	section de V2	418,05	5
03250	Biopsie	418,25	5
03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale	379,40	5

Réparation

	Fermeture de fistule antro-orale		
03345	avec Caldwell-Luc	231,25	3
03346	avec lambeau	254,90	3
03347	Reconstruction du canal naso-frontal avec greffe ou prothèse (P.C. 13)	330,90	7

LARYNX

Incision

03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	198,00	5
	Thyrotomie		

03018	pour sténose laryngée	C.S.	5
	Introduction		
	Laryngoscopie incluant la biopsie		
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, unilatérale		
03039	**directe (P.G. 2.9)**	154,30	4
03040	**à suspension (P.G. 2.9)**	158,95	4
03041	**au microscope (P.G. 2.9)**	218,25	4
	avec exérèse de polype ou tumeur bénigne de cordes vocales, bilatérale		
03042	**directe (P.G. 2.9)**	175,15	4
03043	**à suspension (P.G. 2.9)**	218,25	4
03044	**au microscope (P.G. 2.9)**	231,25	4
03045	avec injection de substance plastique pour combler une corde vocale (P.G. 2.9)	210,15	4
03046	microchirurgie sous-glottique au laser	237,20	5
	Excision		
	Laryngectomie		
03015	partielle verticale	290,50	7
03012	fronto-latérale	302,35	7
03115	sus-glottique	462,50	9
03220	totale	509,90	12
	Aryténoïdopexie et/ou aryténoïdectomie		
03241	par voie endolaryngée	254,90	3
03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	260,90	3
03242	par voie externe	320,30	4
03243	reconstructive (laryngectomie)	456,45	7
03223	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	290,50	5
03227	Laryngectomie et pharyngectomie totale	581,10	11
	Réparation		
03363	Cure de laryngocèle	C.S.	7
03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	183,80	4
03364	Fistulisation externe postlaryngectomie pour réhabilitation	C.S.	5
03334	Réinnervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	415,05	7

TRACHÉE

	Incision		
03019	Trachéotomie (P.C. 13)	138,70	6
03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	64,10	
03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	154,05	4
	Excision		
	Résection trachéale avec reconstruction		
03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	498,05	9
03179	trachée cervicale incluant le crycoïde	747,10	11

03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	794,45	11
03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	996,10	14
	Réparation		
	Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
03315	par excision de tissu cicatriciel	118,55	4
03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	118,55	4
03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (P.C. 13)	99,65	4
	Fermeture de fistule		
03351	trachéale post-traumatique	198,00	4
03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	509,90	12
03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autre	198,00	4
	Trachéoplastie		
03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	462,50	7
03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	557,40	11
	Trachéorraphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique)		
03353	cervicale	498,05	9
03355	au niveau thoracique	647,70	11
03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	948,75	14

BRONCHES

Réparation

	Bronchoplastie		
03357	correction de sténose et anastomose	592,90	11
	Fistule broncho-pleurale		
03372	fermeture simple par thoracotomie	410,80	10
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	653,65	11
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	533,70	11

MÉDIASTIN

Incision

	Médiastinotomie pour exploration ou drainage :		
03035	voie cervicale	329,75	4
03036	voie thoracique	381,35	7
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	485,30	11

Excision

03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin	463,70	9
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	653,60	11
03240	Thymectomie	462,15	9

Réparation

03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoracique ou cervicale	417,25	8

POUMONS ET PLÈVRE

Incision

03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire	195,60	8
	Traitement d'empyème		
03032	par costectomie et drainage ouvert	166,05	5
03033	par pleurotomie et drainage fermé	87,70	2
03034	par procédure de Claggett	166,05	3
03023	par thoracoplastie et drainage	241,80	5
	Traitement d'épanchement pleural		
03038	par pleurotomie, drainage fermé et pleurodèse (P.C. 13)	179,30	5
	Thoracotomie		
03026	pour contrôle d'hémorragie	424,65	9
03028	exploratrice, avec exérèse de corps étranger	355,75	9
03120	exploratrice avec biopsie	419,75	11
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	481,50	9
03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois	534,50	9
03017	pleurectomie partielle, supplément	35,40	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardio-respiratoire	155,70	9
03031	Décortication totale du poumon, non complémentaire à un autre acte chirurgical associé à la même séance opératoire	622,85	11

Excision

03122	Résection cunéiforme (Wedge) ou énucléation	408,60	11
03140	chaque résection additionnelle, maximum trois (3), supplément	68,00	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de résections additionnelles.*		
03124	Segmentectomie simple incluant broches et artère segmentaire	739,65	11
03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire	731,70	11
03126	segmentectomie supplémentaire, supplément	128,35	
03127	lobectomie moyenne (côté droit) supplément	136,25	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	196,20	
03129	avec bronchoplastie, supplément	129,45	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	28,60	
03131	résection de paroi thoracique avec reconstruction prosthétique, tous types, supplément	204,25	
03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	983,00	14
	Pneumonectomie simple		
03133	avec ou sans évidement ganglionnaire	721,75	11
03134	avec péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	74,90	
03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	27,40	

03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	163,40	
03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	189,80	
03138	Pneumonectomie extrapleurale	711,50	11
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	753,00	11
03139	Lobectomie, réintervention plus de trente (30) jours après l'intervention initiale, supplément	137,25	
03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	337,95	8
03252	réintervention plus de trente (30) jours après, supplément	124,55	
	Réparation		
03365	Réparation de lésion traumatique pulmonaire pénétrante	C.S.	11
	Collapsothérapie		
	Thoracoplastie, incluant apicolyse		
	premier stade		
03374	**minimum de trois (3) côtes**	256,70	6
	chaque côte supplémentaire	77,00	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de côtes.*		
03311	deuxième stade	118,55	5
03312	troisième stade	118,55	5
	Pneumolyse		
03313	intrapleurale	118,55	3
03314	extrapleurale	189,80	3
03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	71,10	3

J - SYSTÈME CARDIAQUE

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention du système cardiaque pratiquée à la même séance.

ACTES GÉNÉRAUX

	Ballon intra-aortique		
04502	installation	204,25	9
04503	surveillance, par jour, par patient	68,00	
04504	exérèse, incluant l'exérèse, avec fermeture de l'artère, avec ou sans plastie	137,30	9
04505	Fermeture de déhiscence du sternum (P.G. 2.9)	374,50	8
04506	Mise à plat du sternum	340,45	8
	Circulation assistée		
	Assistance circulatoire prolongée par circulation extra-corporelle		
04508	installation par canulation périphérique (P.G. 2.9)	474,30	17
04517	Installation par voie thoracique incluant la surveillance à la salle d'opération (P.G.2.9)	1 265,55	17
04509	surveillance, par jour, par patient (P.G. 2.9)	212,20	
04510	exérèse (P.G. 2.9)	457,60	9
	Support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale)		
04511	installation	4 766,10	17
04512	surveillance, par jour, par patient	196,20	
04513	exérèse	898,50	17
04514	Circulation extra-corporelle per-opératoire, incluant l'emploi d'hypothermie, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	279,10	
04515	Suture de greffe, ou shunt de Gott pour dérivation temporaire, supplément (P.G. 2.9)	217,90	
04516	Emploi de l'autotransfusion à l'aide d'appareillage spécialisé de type « Cell Saver » (P.A.R. 3.02) (P.G. 2.9)	95,25	
	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 (<25º C) avec ou sans arrêt circulatoire, supplément (P.G. 2.9)	329,60	
04518	Perfusion cérébrale (antégrade ou rétrograde), supplément	164,70	

Transplantation

04522	Cardectomie, intervention chez le donneur (P.G. 2.9)	367,65	11
	Prélèvement de valve ou conduit, homogreffe fraîche		
04523	un (P.G. 2.9)	415,05	
04524	deux (P.G. 2.9)	522,95	
04526	Prélèvement en bloc : coeur-poumons	533,70	11

AVIS **:** *Les actes codifiés **04522, 04523, 04524** et **04526** sont payables par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois.*

Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

04527	Pneumonectomie, intervention chez le donneur	533,70	11
04530	Transplantation pulmonaire « C » (P.G. 2.9)	2 964,60	17
04528	Transplantation cardiaque « C » (P.G. 2.9)	2 723,45	17
04529	Transplantation coeur-poumons « C » (P.G. 2.9)	4 150,45	17
	Exérèse d'électrode(s)		
	par voie endocavitaire		
04490	**une électrode, supplément (P.G. 2.9)**	59,30	
04491	**deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)**	118,55	
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
04493	aucune électrode réimplantée, supplément (P.G. 2.9)	130,75	
04494	une électrode, supplément (P.G. 2.9)	207,55	
04495	deux électrodes, supplément (P.G. 2.9)	237,20	
04497	Installation d'un support total ou partiel par coeur mécanique (installation centrale), supplément	2 075,20	
04498	Installation d'un ballon intra-aortique, supplément	88,95	

COEUR ET PÉRICARDE

Incision

04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (P.G. 2.9)	422,20	17
04533	Réexploration médiastinale pour saignement « C » (P.G. 2.9)	340,45	9

Excision

04536	Biopsie cardiaque ouverte (P.G. 2.9)	354,15	9
04537	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	915,20	17
04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (P.G. 2.9)	1 089,45	17

	Péricardectomie		
04539	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par stemotomie	626,40	11
04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (P.G. 2.9)	385,00	9

Réparation

NOTE : Lors d'une chirurgie valvulaire, l'approche transseptale ou la fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, donne droit à un supplément de 356 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Approche transseptale ou fermeture concomitante d'une communication interauriculaire, type ostium secundum lors de la chirurgie valvulaire**.

	Valvule aortique		
04542	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (P.G. 2.9) NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une intervention valvulaire aortique lors de la même séance.	1 045,85	17
04543	Remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 089,45	17
04544	aortoplastie ou annuloplastie par procédure de Nick ou de Manouguian, supplément (P.G. 2.9)	272,35	
04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 225,60	17
04546	Remplacement par technique de Ross (sans autre intervention vasculaire « C ») (P.G. 2.9)	2 282,75	17
04547	Procédure de Konno « C » (P.G. 2.9)	2 075,20	17
04548	Procédure de Ross-Konno « C » (P.G. 2.9)	3 268,45	17
	Valvule mitrale		
04550	commissurotomie (P.G. 2.9)	784,40	17
04551	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 089,45	17
04554	annuloplastie	1 089,45	17
04555	valvuloplastie mitrale incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection (P.G. 2.9)	1 361,75	17
04553	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 307,40	17
	Valvule tricuspidienne		
	fait sans autre intervention cardiaque à la même séance		
04556	commissurotomie (P.G. 2.9)	474,30	14
04557	remplacement (P.G. 2.9)	708,10	14
04558	valvuloplastie et annuloplastie (P.G. 2.9)	708,10	17
04559	fait lors d'une chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	272,35	
	Valvule pulmonaire		
04561	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (P.G. 2.9)	784,40	17
04562	remplacement par prothèse valvulaire (P.G. 2.9)	1 089,45	17

04563	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support (P.G. 2.9)	1 176,65	17
04564	Réintervention pour chirurgie valvulaire incluant l'extraction de la prothèse, le cas échéant, supplément (P.G. 2.9)	340,45	
	Oreillettes		
04567	création de communication interauriculaire, procédé de Blalock-Hanlon ou autres « C » (P.G. 2.9)	679,85	11
04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (P.G. 2.9)	915,15	17
04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum. plastie mitrale, CIA secundum) « C » (P.G. 2.9)	1 600,90	17
04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV plastie tricuspidienne, CIA secundum (P.G. 2.9)	2 134,50	17
04571	réparation d'une communication interauriculaire avec drainage pulmonaire veineux anormal « C » (P.G. 2.9)	1 004,05	17
04572	atrioseptopexie pour drainage pulmonaire veineux anormal ou transposition des vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 778,80	17
04573	opération de Fontan (P.G. 2.9) « C »	2 371,70	17
	Ventricules		
	réparation d'une communication interventriculaire :		
04576	unique ou postinfarctus (P.G. 2.9)	1 361,75	17
04577	multiple (P.G. 2.9)	1 778,80	17
04578	agrandissement ou création de communication interventriculaire (P.G. 2.9)	948,75	17
04579	Conduit interne du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 778,80	17
	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 2 964 $ au 1er octobre 2019 est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin 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 de l'acte codifié* ***04579****.*		
04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (P.G. 2.9)	1 778,80	17
04582	Réparation de sténose de l'infundibulum droit (P.G. 2.9)	1 089,45	17
04583	Réparation de sténose de l'infundibulum gauche (P.G. 2.9)	1 361,75	17
04584	Réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (P.G. 2.9)	1 778,80	17
04585	Réparation d'anévrisme ventriculaire (P.G. 2.9)	680,90	17
04586	Cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	830,05	17
04587	Réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (P.G. 2.9)	680,90	17
	Cardiorraphie :		
04588	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (P.G. 2.9)	680,90	11
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		5

04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (P.G. 2.9)	3 557,45	17
04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) (P.G. 2.9) « C »	3 208,95	17
04592	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique avec réimplantation des coronaires (procédure de Bentall, de Cabrol ou de boutons de Carrel) (P.G. 2.9) « C »	2 314,95	17
04593	Remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique sans réimplantation des coronaires (P.G. 2.9) « C »	1 634,05	17
04594	Remplacement de l'aorte ascendante pour dissection incluant la valvuloplastie aortique de suspension (P.G. 2.9) « C »	1 838,40	17
	NOTE : Les suppléments suivants s'appliquent aux codes d'acte 04592, 04593 et 04594.		
	Valvule mitrale :		
04847	commissurotomie, supplément (P.G. 2.9)	355,75	
04848	remplacement par prothèse valvulaire, supplément (P.G. 2.9)	513,45	
04849	valvuloplastie mitrale, incluant l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection, supplément (P.G. 2.9)	680,90	
04850	remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xénogreffe sans support, supplément	592,90	
	Valvule tricuspidienne :		
04854	commissurotomie, supplément (P.G. 2.9)	237,20	
04855	remplacement, supplément (P.G. 2.9)	308,30	
04856	valvuloplastie et annuloplastie, supplément (P.G. 2.9)	339,95	
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
04860	unique, supplément (P.G. 2.9)	442,55	
04861	deux, supplément	544,65	
04862	trois, supplément	621,00	
04863	quatre, supplément	592,90	
04864	cinq, supplément	686,35	
04865	six et plus, supplément	681,85	
04595	Remplacement en continuité d'une hémi-crosse aortique, (hémi-arch) par languette de greffon, supplément (P.G. 2.9)	340,45	
04596	Remplacement en continuité de la crosse aortique avec collerette pour les vaisseaux de la base, supplément	680,90	
	NOTE : Un seul des deux suppléments ci-dessus peut s'ajouter à un remplacement de l'aorte ascendante.		
04597	Réintervention pour chirurgie cardiaque, supplément (P.G. 2.9)	340,45	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre supplément pour intervention.		
04598	Anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante « C » (P.G. 2.9)	1 423,00	17

CHIRURGIE CORONARIENNE

Réparation

	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
04601	unique (P.G. 2.9)	885,15	17
04602	deux	1 089,45	17
04603	trois	1 293,65	17
04604	quatre	1 361,75	17
04605	cinq	1 429,75	17
04606	six et plus	1 566,00	17
04600	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum, supplément	355,75	
	Prélèvement de greffons artériels autologues		
04607	un greffon, supplément	102,20	
04611	deux greffons, supplément	136,25	
04612	trois greffons ou plus, supplément	170,30	
04608	Chirurgie coronarienne à coeur battant toute voie d'approche, supplément	279,10	
	NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		
04609	Réintervention pour pontage coronarien, un ou plusieurs, incluant la péricardectomie, supplément	340,45	
04610	Pour correction de coronaire aberrante (P.G. 2.9)	1 185,80	17

STIMULATEUR CARDIAQUE

	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
04825	une électrode (P.G. 2.9)	320,90	6
04826	deux électrodes (P.G. 2.9)	424,65	6
04827	par voie thoracique, supplément	68,00	
04830	par voie thoracique, supplément	59,30	
04829	Repositionnement d'électrode(s) (P.G. 2.9)	192,60	5
04830	par voie thoracique, supplément	59,30	
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien		
04832	toute voie d'approche	711,50	7
	Exérèse d'électrode(s)		
	par voie endocavitaire		
04834	une électrode (P.G. 2.9)	128,35	5
04835	deux électrodes (P.G. 2.9)	237,20	5
04836	par voie thoracique	237,20	6
04837	avec circulation extracorporelle (P.G. 2.9)	476,55	17
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur, incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		

04839	aucune électrode réimplantée (P.G. 2.9)	261,55	6
04840	une électrode (P.G. 2.9)	457,60	7
04841	deux électrodes (P.G. 2.9)	513,45	7
	Remplacement de générateur		
04842	du cardiostimulateur (P.G. 2.9)	118,55	5
04843	du défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien	355,75	7

CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per- opératoire, supplément	237,20	
	Technique d'ablation		
04622	section et faisceau accessoire par cardiotomie et/ou par cryothermie	680,90	14
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément		2
04624	pour tachycardie ventriculaire par résection sous- endocardique et/ou par cryothermie	641,80	14
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément		3

APPAREIL VASCULAIRE THORACIQUE

Chirurgie congénitale

04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (P.G. 29)	1 297,60	11
04631	Correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel « C » (P.G. 2.9)	2 371,70	11
04632	Réparation d'anneau vasculaire (P.G. 2.9)	770,05	11
04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	415,05	11
04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (P.G. 2.9)	711,50	11
	Anastomose :		
04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (P.G. 2.9)	915,20	11
04638	cavo-pulmonaire (P.G. 2.9)	948,75	11
04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (P.G. 2.9)	1 185,80	17
04640	anostomose de la veine pulmonaire gauche à l'oreillette gauche (P.G. 2.9)	474,30	11
04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (P.G. 2.9)	680,90	14
04642	unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s), anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire « C » (P.G. 2.9)	1 778,80	17
04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (P.G. 2.9)	385,10	9
04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (P.G. 2.9)	784,40	9

Autres chirurgies

04647	Réparation d'un anévrisme isolé de la crosse aortique (P.G. 2.9) NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.	2 042,65	17
04648	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales NOTE : Aucune intervention vasculaire thoracique ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.	1 634,05	17
04650	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 906,50	17
04651	avec réimplantation d'une artère viscérale, supplément	392,15	
04652	avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ou abdominale ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.	817,05	
04655	Thrombo-endartérectomie pulmonaire unie ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant	1 568,90	17
04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	898,50	14
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux		
04657	suture simple	715,00	11
04658	par angioplastie ou pontage	962,70	14
04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	117,70	2

NON THORACIQUE

04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	117,70	2
04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	237,20	3
04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	418,20	9
04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	102,20	
04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	354,15	3
	Réparation d'anévrisme		
04667	d'une artère périphérique NOTE : Aucun des quatre suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.	531,05	7
04668	d'une aorte abdominale ou aorto-illiaque ou périphérique, supplément	98,05	3
04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	408,60	3
04670	anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément	C.S.	
04671	faux anévrisme, supplément	94,15	
04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	683,05	7
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplacement au même site		

04677	aorte	711,50	14
04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	1 032,90	14
04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 252,80	14
04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	640,05	11
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans remplacement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
04683	aorte, supplément	355,75	
04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	468,45	
04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	590,40	
04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplément	319,95	
04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodialyse, supplément (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement)	408,60	
	AVIS **:** *Ne pas fournir le protocole opératoire ni le rapport de pathologie, mais les conserver au dossier du patient pour référence.*		
04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	272,35	
	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	332,05	7
	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale		
04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	817,05	14
04693	Aorto-aortique	969,00	14
	Aorto-iliaque :		
04694	unilatéral	721,75	14
04695	bilatéral	1 075,80	14
	Aorto-fémoral :		
04696	unilatéral	810,60	14
04697	bilatéral	1 252,80	14
04698	Ilio-fémoral	667,20	11
04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 198,30	14
	Pontage et/ou endartérectomie et/ou réimplantation		
04701	d'une artère rénale ou viscérale sauf la mésentérique inférieure, supplément	354,15	
04702	de deux artères rénales ou viscérales, sauf la mésentérique inférieure, supplément	708,10	
04703	de trois artères rénales ou viscérales ou plus, sauf la mésentérique inférieure, supplément	1 062,15	
04704	mésentérique inférieure lors d'une autre chirurgie vasculaire, supplément	136,25	
	Thrombo-endartérectomie ouverte d'une artère périphérique		
04707	Fémoro-poplitée	601,45	11
04708	Fémorale commune	599,15	11

04709	Fémoro-tibiale antérieure ou postérieure ou péronière	601,45	11
04710	Carotide ou vertébrale avec ou sans shunt	721,75	11
	Pontage d'une artère périphérique		
	Fémoro-poplité :		
04713	prothèse synthétique	626,40	11
04714	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	721,75	11
	Fémoro-tibial ou péronier :		
04715	prothèse synthétique	590,40	11
04716	prothèse veineuse, incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	762,55	11
	Fémoro-pédieux ou plantaire :		
04717	prothèse synthétique	732,10	11
04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	924,70	11
04719	Pontage fémoro-fémoral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou pédieux ou péronier	980,40	11
04720	Pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro-péronier	1 566,00	11
04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anastomoses distales)	1 140,60	11
04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pontage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	136,25	
04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	721,75	11
	Autres pontages		
	Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axillaire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :		
04725	pontage par prothèse synthétique	626,40	11
04726	pontage par prothèse veineuse	721,75	11
04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou vertérale	721,75	11
04728	Embolisation de l'artère carotide, incluant la ligature	C.S.	11
04729	Exérèse de pince de salibi ou autre sur la carotide interne	C.S.	7
	Pontage extra-anatomique :		
04732	axillo-fémoral	640,05	11
04733	fémoro-fémoral	640,05	11
04734	sous-clavier - sous-clavier	614,55	11
04735	axillo-bi-fémoral	953,25	14
	Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :		
04736	Angioplastie transluminale d'une ou plusieurs sténose(s), à un ou des site(s) différent(s) du site de l'intervention, sous contrôle angiographique, supplément	136,25	
04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément	44,95	
	Divers		
04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	408,60	11
04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	59,30	

	Anastomose :		
04743	porto-cave	806,40	14
04744	spléno-rénale	853,80	17
04745	mésentérico-cave	853,80	17
04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	148,20	
	Hémodialyse		
04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	412,30	9
04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	237,20	9
	Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse		
04752	Thrombectomie par voie ouverte	196,20	5
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	424,65	9
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	237,20	7
04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	118,55	5
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	130,50	
	Réparation de fistule artério-veineuse excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie		
04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse (P.C. 13)	128,35	5
04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus (P.C. 13)	177,85	5
	NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux trois actes ci-dessus.		
	Réparation		
	Réparation d'une artère ou d'une veine abdominale ou de la jugulaire interne ou de la carotide par :		
04762	suture simple	486,35	9
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (P.G. 2.9)	653,65	11
04764	pontage (prothèse)	666,80	11
04765	pontage par autogreffe veineuse	771,45	14
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :		
04033	suture simple	486,35	9
04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	653,65	11
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
04768	suture simple (P.C. 13)	353,75	7
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	372,55	7
04770	pontage (prothèse)	601,45	9
04771	pontage par autogreffe veineuse	680,35	9
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux		
	au niveau de l'abdomen ou du cou		
04772	suture simple	741,20	11
04773	par angioplastie ou pontage	1 020,45	14
	au niveau des extrémités		

04774	suture simple	481,30	7
04775	par angioplastie ou pontage	962,70	11
	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	(voir musculo-squelettique)	
	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	(voir musculo-squelettique)	
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	124,55	5
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	320,20	5
04778	Ligature de la veine fémorale	73,30	4

VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX

04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	41,05	4
04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	38,00	4
04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (P.C. 13)	279,80	4
04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	322,65	4
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
04786	une incision	71,10	3
04787	deux incisions	95,00	3
04788	trois incisions ou plus	121,60	3

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **04786**, **04787** et **04788**, utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant l'article 8.1 du préambule particulier de chirurgie.

NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **04786**, **04787** et **04788**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.

	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	18,15	
04791	deux incisions	37,45	
04792	trois incisions ou plus	58,10	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant l'article 8.1 du préambule particulier de chirurgie.		
04407	Dissection et excision au crochet, avec crochet de Muller, de paquets variqueux et de perforantes (P.G. 2.4.7.7 A)	19,20	2
	NOTE : L'article 8 du préambule particulier de la chirurgie ne s'applique pas à cet acte.		
	AVIS **:** *Cet acte est sujet aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).* *Inscrire le nombre d'excisions.*		
04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompétentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	357,55	4
04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	195,60	3
04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récidive de varices	150,35	4
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	118,55	4
04799	sous-aponévrotique	237,20	4

K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

		R = 1	R = 2
	AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.		
	Excision		
04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (P.C. 13)	156,90	4
04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne P.G. 2.4.7.7 A (P.C. 13)	168,60	4
04162	Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (P.C. 13)	169,80	4
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	177,65	4
	AVIS **:** *Les actes codifiés* ***04161*** *et* ***04162*** *sont sujets aux dispositions du paragraphe 2.4.7.7 du préambule général (plateau de chirurgie).*		
04160	Résection 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)	361,85	4
04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	667,20	7
04257	Splénectomie chez le cadavre	213,45	
	Rupture de la rate, réparation par :		
04250	suture (non iatrogénique)	569,20	9
04166	suture (iatrogénique)	355,75	
04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	739,35	9
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	569,20	9
04236	Bouton osseux	43,90	3

	Évidement cervical		
04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	849,05	9
04234	total	592,90	9
04242	bilatéral, toutes techniques	1 008,00	11
04238	sus-hyoïdien	288,80	6
	Évidement des ganglions lymphatiques :		
04243	région inguinale superficielle	494,05	5
04244	région illiaque et inguinale superficielle et profonde (ilio-inguino-fémoraux)	739,35	9
04240	région axillaire	418,45	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance		
04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale.	281,35	5
04248	Biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément	122,55	
04241	Exérèse radicale des ganglions rétropéritonéaux du bassin, de l'aorte et du rein (pour tumeur du testicule)	1 412,00	11
	Excision, lymphangiome, hygroma colli superficiel	**(Voir Peau-phanères)**	
04245	profond	397,45	5
	Multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire		
04231	chez le donneur	296,50	4
04237	par autogreffe	296,50	4
04280	Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral	680,90	9
04258	Microanastomose d'un vaisseau lymphatique	355,75	7

L - SYSTÈME DIGESTIF

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *Lorsque le libellé de l'acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A ou B, un supplément d'honoraires est prévu.*

Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation du plateau de chirurgie. S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

LÈVRES

Excision

05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (P.C. 13)	205,50	4
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	34,55	3
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	163,40	4
----	Lésion bénigne, précancéreuse ou cancéreuse	Voir tumeurs de la peau	2

Réparation

	Fissure labiale		
05320	unilatérale	296,50	7
05321	bilatérale en un temps	355,75	7
05322	bilatérale en deux temps, chacun	237,20	5
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	415,05	7
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (chéiloplastie)	392,15	6

BOUCHE

Incision

05001	Drainage d'un abcès sublingual : traitement complet	135,35	3
----	en cabinet	143,15	3
05002	Drainage d'angine de Ludwig, traitement complet	172,65	3

Excision

05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (P.C. 13)	56,45	3
05161	Excision de grenouillette	143,75	3
	Excision de lésion maligne		
05034	2 cm ou moins	106,10	3
05035	plus de 2 cm	159,20	3
	Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes du préambule particulier de chirurgie.		
05158	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	700,85	11
05159	désarticulation du condyle, supplément	59,30	

DENTS ET GENCIVES

Incision

05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	23,50	4
	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme		
05100	simple	36,85	4
05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	38,00	4

Excision

05168	Kyste dentaire	46,25	4
	Alvéolectomie		
05208	premier centimètre	30,30	4
	chaque centimètre supplémentaire	14,80	
	maximum	237,50	
	AVIS : *Indiquer la longueur de l'alvéolectomie.*		
	Extraction dentaire		
05203	une dent (P.C. 13)	11,10	4
	chaque dent supplémentaire au cours de la même séance opératoire	5,55	

AVIS **:** *Indiquer le nombre de dents.*

L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est couverte uniquement pour les personnes assurées de moins de 10 ans ainsi que pour les prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation.

Voir l'article 22 I) des règlements d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire)	21,20	4

LANGUE

Incision

	Libération du frein de la langue		
05006	patient de plus de deux (2) ans	29,30	3
05007	Abcès de la langue (traitement complet)	C.S.	3

Excision

	Excision de lésion bénigne de la langue		
05066	2 cm ou moins	44,45	3
05068	plus de 2 cm	88,85	3
	Excision de lésion maligne de la langue		
05069	2 cm ou moins	125,55	3
05070	plus de 2 cm ou glossectomie sub-totale	177,75	5

Réparation

05326	Glossoplastie	100,75	2
05327	Lacération mineure (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	20,95	2
05328	Lacération étendue	C.S.	2

PALAIS ET LUETTE

Incision

05008	Abcès du palais (P.G. 2.4.7.7 A)	23,50	3
05009	Fénestration du palais pour radiothérapie	23,15	3

Excision

05120	Uvulectomie (excision de la luette)	19,90	3
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	218,25	4

Réparation

05329	Fissure palatine en un (1) ou deux (2) temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau de Vomer	296,50	11
05330	Lambeau pharyngé	385,10	5
05398	Cure d'apnée nocturne par uvulo-palato-pharyngoplastie, incluant l'uvulectomie ou l'amygdalectomie ou les deux, le cas échéant	266,80	4
05335	Fistule palatine	296,50	3
05336	Rallongement complémentaire du palais	207,55	4
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire pour une défectuosité du palais antérieur	296,50	4

AMYGDALES ET ADÉNOÏDES

Incision

05021	Abcès périamygdalien, ouverture (P.G. 2.4.7.7 A)	30,45	3

Excision

05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	50,05	4
05228	Amygdalectomie (avec ou sans adenoïdectomie)	96,25	3
05216	Adénoïdectomie	42,30	3

Réparation

05481	Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhino-pharyngé	91,50	4
05345	Consultation re : hémorragie et assistance (incluant l'examen et la visite)	32,00	

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

PHARYNX

Incision

	Incision, drainage et soins d'abcès		
05016	intraoral (P.G. 2.4.7.7 A)	38,25	3
05017	parapharyngé	118,90	4
05018	rétropharyngé	53,05	3
05003	myotomie du crico-pharyngé	313,75	4

Excision

05015	Exérèse apophyse styloïde	132,80	4
05126	Exérèse de fistule branchiale	213,45	4
	Pharyngectomie		

05127	avec laryngectomie partielle (P.C. 13)	568,75	12
05217	transhyoïdienne ou latérale (P.C. 13)	385,35	7
05172	Exérèse de kyste branchial	189,70	4
05153	Exérèse de kyste ou sinus thyréoglosse récidivant ou non récidivant	177,85	4
05176	avec hyoïdectomie partielle	300,05	5
05178	Exérèse de sinus branchial	197,35	4
05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants	361,70	6
	Réparation		
05342	Pharyngoplastie	183,80	4
05347	Suture d'une plaie du pharynx	84,95	4

GLANDES SALIVAIRES

Incision

Sialolithotomie

par voie buccale

05085	un tiers (1/3) antérieur du canal	36,45	3
05086	deux tiers (2/3) postérieur du canal	99,65	4
05087	par voie externe	99,65	4
05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide, traitement complet (P.G. 2.4.7.7 A)	51,00	3
05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire (P.G. 2.4.7.7 A)	49,00	3
	Excision		
05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (P.C. 13)	33,40	3
05213	Exérèse de glande sous-maxillaire (P.C. 13)	142,50	4

PAROTIDE

05171	Exérèse de tumeur (sans dissection du nerf facial) (P.C. 13)	224,25	4
05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	424,90	9
	Réparation		
05340	Réfection du canal (plastie)	130,50	3
05351	Réimplantation du canal de Wharton	190,95	3
05341	Fermeture d'une fistule salivaire	158,95	3
	Manipulation		
05801	Dilatation du canal	20,95	3

OESOPHAGE

	Incision		
	Oesophagotomie		
05019	cervicale	189,80	4
05020	thoracique	284,60	10
	Excision		
05128	Exérèse de diverticule pharyngo-oesophagien	332,05	5
05106	Résection de diverticule oesophagien avec myotomie	414,90	5
05129	Exérèse de diverticule oesophagien, voie thoracique	462,50	8
05130	Résection locale avec anastomose bout-à-bout	592,90	11
05288	Oesophagectomie par voie transpleurale ou extrapleurale et oesophago-gastrostomie, incluant la vagotomie	1 101,10	14
05289	Pyloromyotomie, supplément	142,95	
05223	Oesophago-gastrectomie	1 032,90	14
05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	1 126,55	17
	équipe de deux chirurgiens		
05220	chirurgien principal	877,50	17
05221	deuxième chirurgien	343,95	
	Exérèse de tumeur bénigne de la paroi oesophagienne		
05275	approche cervicale	249,00	3
05276	approche thoracique	379,40	10
	Réparation		
05348	Oesophagoplastie cervicale	308,30	5
05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	794,45	14
	équipe de deux chirurgiens		
05333	chirurgien principal	616,60	14
05334	deuxième chirurgien	237,20	
05349	Oesophago-gastrostomie (cardioplastie)	616,60	11
05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller) par voie abdominale ou thoracique	601,45	9
05352	Oesophago-jéjunostomie pour dérivation palliative	711,50	14
05353	Oesophagostomie (création d'une fistule externe de l'oesophage)	284,60	6
05067	Réparation d'une hernie diaphragmatique (toute approche)	545,60	7
	Perforation ou rupture de l'oesophage		
05356	voie cervicale	313,75	7
05357	voie thoracique ou thoraco-abdominale	545,50	12

05338	Réparation d'une hernie diaphragmatique par cardiogastroplastie incluant dilatation oesophagienne et procédé antireflux	811,15	14
05358	Ligature transoesophagienne de varices	628,50	11
05395	Mise en place d'un bouton de Prioton ou d'une ligne d'autosuture		
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne	308,30	3
05359	voie cervicale	219,35	5
05360	voie thoracique	426,90	10
05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne	794,45	14

ESTOMAC

Incision

05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt)	274,60	9
05023	Gastrostomie, temporaire ou permanente par laparotomie	226,50	4
05076	Vagotomie tronculaire ou sélective par voie abdominale ou thoracique, complémentaire à une intervention antérieure	462,50	7
05082	Vagotomie proximale (suprasélective)	462,50	7
05025	Gastrotomie avec exploration et/ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie	313,75	5
05111	Gastrotomie incluant la laparotomie pour mise en place d'un tube de Célestin, Mousseau - Barbin, etc.	359,40	6

Excision

	Gastrectomie		
05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	1 079,10	9
05226	totale incluant la vagotomie	1 129,50	11
05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	261,55	3
05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	196,20	
05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	320,30	
05132	résection en coin pour ulcère	610,05	5

Réparation

05363	Pyloroplastie (P.G. 2.9)	667,70	6
05364	Pyloroplastie et vagotomie	697,30	6
	Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie:		
05365	sans vagotomie	610,05	5
05366	avec vagotomie	697,30	6

	Chirurgie pour obésité morbide, toute technique, toute voie d'approche:		
05355	Gastroplastie de réduction	915,95	11
05305	Gastroplastie prothétique ajustable	653,65	11
05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes les entéro-entérostomies	1 198,85	11
05307	avec cholécystectomie, supplément	274,60	
05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes les entéro-entérostomies	1 198,85	11
05309	avec cholécystectomie, supplément	274,60	
05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	733,40	7
05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	448,30	5
05376	Gastrorraphie ou duodénorraphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiplooplastie	485,85	9

INTESTIN (à l'exception du rectum)

Incision

05108	Endoscopie de l'intestin lors d'une laparotomie, supplément de	79,00	
05027	Iléostomie	350,25	5
05125	Entérostomie ou jéjunostomie	217,90	5
05028	Extériorisation de l'intestin, premier temps de Mikulicz	308,30	4
05029	Colostomie	339,70	5
05030	Caecostomie	308,10	5
	Révision d'entérostomie plus de 4 semaines après l'intervention originale		
05088	sus-fasciale	93,75	4
05089	sous-faciale	313,75	4
05090	Entéro-entérostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	360,15	7
05091	Colo-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	367,95	6
05092	Entéro-colostomie termino-terminale, termino-latérale, latéro-latérale	365,25	6
	Entérotomie ou colotomie avec exploration (incluant biopsie unique ou multiple) exérèse de corps étranger ou exérèse de polype (unique ou multiple)		
05093	unique	365,40	6
05094	multiple	449,25	8
05095	Colo-myotomie (myotomie de Reilley)	379,40	6

Excision

05121	Diverticule de Meckel	326,80	4

05138	Excision locale de lésion intestinale	313,75	6
05139	Résection d'intestin extériorisé	183,80	6
	Résection intestinale, sans anastomose		
05136	résection intestin grêle ou côlon avec iléostomie incluant la fermeture du bout distal	532,15	9
	Colectomie partielle avec amputation abdomino-périnéale du rectum et colostomie		
05160	un (1) chirurgien	879,55	11
	deux (2) chirurgiens		
05162	chirurgien abdominal	653,65	11
05163	chirurgien périnéal	237,20	
	Colectomie totale avec amputation abdomino-périnéale du rectum et iléostomie		
05233	un chirurgien	993,60	11
	deux chirurgiens		
05234	chirurgien abdominal	862,90	11
05235	chirurgien périnéal	237,20	
05225	iléostomie continente (Kock), supplément	166,85	
	Résection intestinale avec anastomose		
05140	grêle	457,60	9
05141	iléon terminal, caecum	531,90	9
05142	iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique (hémicolectomie droite)	528,75	9
05154	côlon transverse ou segment du côlon gauche	530,45	9
05164	hémicolectomie gauche	643,50	9
05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie	839,70	11
05165	résection partielle du côlon avec colostomie et fermeture du rectum distal (Hartman)	540,80	9
05166	résection totale du côlon avec iléostomie et fermeture du rectum distal	836,40	11
	Colectomie totale avec résection de la muqueuse du rectum, formation d'un réservoir iléal, anastomose iléo-anale et iléostomie de dérivation		
05279	un (1) chirurgien	1 098,20	14
	deux (2) chirurgiens		
05280	chirurgien abdominal	960,90	14
05281	chirurgien périnéal	241,80	
05282	conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir continent avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation	960,90	14
05229	iléostomie continente (Kock), supplément	142,35	
05230	conversion d'une iléostomie conventionnelle en une iléostomie continente (Kock)	604,85	7
	Réparation		
05380	Fistule stercorale - résection radicale	517,45	6
05381	Caecopexie ou sigmoïdopexie	274,60	3

05382	Révision de colostomie, cicatrice superficielle (sus-fasciale)	79,25	4
05383	Reprise de colostomie, en profondeur (sous-fasciale)	375,80	6
05397	Transposition de colostomie ou d'iléostomie dans un autre site avec ou sans laparotomie	442,20	5
05389	Suture intestinale (lacération de part en part)	245,15	4
05390	Fermeture d'entérostomie	418,20	7
05391	Fermeture de colostomie	325,40	6
05392	Suture de l'intestin avec colostomie	355,75	5
05393	Suture du mésentère post-traumatique	274,60	4
05394	Plicature du grêle (noble)	450,60	7
05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale	403,20	14
	Manipulation		
05805	Réduction de prolapsus (P.C. 13)	19,00	
05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	17,70	
05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie	41,05	
	Occlusion intestinale		
05384	sans résection	392,10	6
05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale	359,40	6
05386	avec anastomose	585,00	9
05374	avec entérostomie, résection et fermeture subséquente d'entérostomie	633,65	9
05362	Iléus méconial (Hiatt-Wilson)	557,40	14
05361	Cure d'iléus méconial avec iléostomie en « Y » (type Bishop-Koop ou Santulli)	693,15	14

APPENDICE

Incision

05036	Drainage d'abcès appendiculaire	235,30	5

Excision

05201	Appendicectomie, toute voie d'approche	283,05	3

RECTUM

Incision

	Proctotomie		
05040	avec exploration	103,20	4
05041	avec décompression (imperforation anale)	103,20	4
05042	avec drainage (abcès périrectal)	104,75	6
05044	ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischiorectale de l'espace pelvi-rectal supérieur ou de la loge rétrorectale (P.C. 13)	118,90	3

05045	Myotomie ano-rectale par voie périnéale	195,60	4
	Excision		
05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne du rectum	160,15	4
05182	Exérèse d'une tumeur villeuse du rectum par voie anale	279,90	4
05183	Exérèse par voie périnéale ou abdominale d'une tumeur ou récidive de tumeur maligne du rectum	364,70	7
05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	735,25	11
05250	Rectotomie postérieure Kraskee	326,90	4
	Protectomie		
05240	résection antérieure	739,20	11
05241	résection périnéale, deux temps	450,60	9
	résection abdomino-périnéale, avec « pull-through » ou colostomie		
05242	un (1) médecin chirurgien	865,05	13
	équipe de deux (2) médecins chirurgiens		
05243	médecin chirurgien abdominal	640,60	13
05244	médecin chirurgien périnéal	231,25	
05283	colostomie lors d'un «pull-through», supplément	150,35	
05245	Proctosigmoïdectomie pour prolapsus	721,75	9
05253	Opération pour mégacôlon congénital toute technique	747,10	14
05812	Ablation de corps étranger, selon la nature	71,15	4
05262	Résection du muscle pubo-rectal avec ou sans coccygectomie	183,80	4
05304	Tératome sacro-coccygien (excision)	521,70	14
	Réparation		
05400	Anastomose du rectum (avec segment proximal)	612,45	9
05401	Proctostomie	219,35	4
	Imperforation anale		
05418	voie périnéale	308,30	14
05434	voie sacro-coccygienne	533,70	14
05437	voie abdominale et périnéale	664,10	14
	Protopexie		
05403	par voie abdominale	353,10	6
05407	avec résection du sigmoïde	496,85	6
	Prolapsus rectal		
05404	excision de la muqueuse (prolapsus muqueux) (P.C. 13)	219,35	4
05405	réparation périnéale majeure (Altmeier)	363,15	6
05406	approche abdominale	487,75	6
	Suture du rectum (post-traumatique)		
05410	approche extrapéritonéale	224,65	4
05411	approche intrapéritonéale	436,45	6

	Fermeture de fistule		
05412	recto-vaginale	404,50	5
05413	recto-vésicale	462,15	5
	Manipulation		
05802	Dilatation de sténose rectale, avec ou sans rectosigmoïdoscopie	35,30	3

ANUS

	Incision		
05050	Fistulotomie extrasphinctérienne (P.C. 13)	47,45	3
05051	Fistulotomie intrasphinctérienne	233,55	4
05052	Sphinctérotomie (P.C. 13)	63,70	3
05055	Cryptotomie	19,05	3
	Excision		
05143	Cryptectomie simple	41,85	3
05144	Excision de peau périanale (languette) et/ou de marisque (P.G. 2.4.7.7 B) (P.C. 13)	48,35	3
05184	Exérèse de papillome (papille hypertrophiée)	48,75	3
05185	Cryptectomies et papillectomies multiples	109,80	4
05186	Excision locale pour lésion maligne	254,90	4
05187	Polype anal, paquet hémorroïdaire, un (1) ou plusieurs (P.G. 2.4.7.7 B)	48,40	3
05257	Fissurectomie sans sphinctérotomie	88,50	4
05258	Fissurectomie avec sphinctérotomie	118,90	4
	Hémorroïdectomie		
	avec ou sans restosigmoïdoscopie avec ou sans réparation de fissure		
05252	**externe, unique ou multiple**	96,10	4
	interne et externe, incluant les languettes périanales et l'anoplastie du sphincter anal		
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 B)	104,00	4
05248	avec ou sans dilatation anale, avec ou sans cryptectomie, avec ou sans excision ou incision d'hémorroïdes thrombosées, avec ou sans papillectomie, avec ou sans exérèse de prolapsus muqueux (P.C. 13)	226,50	4
05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie sous anesthésie	81,80	4
05249	Hémorroïdectomie selon la technique de McGivney, Barron, et al, par séance (P.G. 2.4.7.7 B)	49,65	3
	Fistulectomie		
05254	extrasphinctérienne	143,80	4
05255	intra ou suprasphinctérienne	233,55	4
05256	Hémorroïdes thrombosées (P.G. 2.4.7.7 B)	20,00	3

Réparation

05303	Curetage de fissure ou fistule	44,25	3
05313	Cautérisation ou cryochirurgie	28,50	3
05314	Fulguration de condylomes ou cryochirurgie de condylomes, un ou plusieurs, toute technique	61,40	3
05310	Électrocoagulation d'hémorroïdes ou cryochirurgie d'hémorroïdes	73,10	3
05420	Excision de cicatrice pour sténose	99,65	3
	Anoplastie		
05421	pour sténose	241,80	14
05423	pour membrane	136,40	14
05422	plastie du sphincter anal pour incontinence	241,80	4
05428	plastie du sphincter anal et anneau anorectal incluant transplantation musculaire	284,60	5
05426	encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	109,80	3
05427	ligature simple des pédicules hémorroïdaires	96,75	3

Manipulation

05816	Dilatation anale pour fissure sous anesthésie générale	31,30	4

FOIE

Incision

	Hépatotomie		
05057	exploratrice	343,95	4
05059	drainage d'abcès ou kyste	394,85	4
05060	ablation de corps étranger	410,35	4

Excision

	Hépatectomie		
05145	excision locale de lésion	354,15	6
05146	lobaire (réglée)	1 150,55	17
05147	partielle (résection de foie)	595,25	11
05148	Biopsie hépatique incisionnelle ou à l'aiguille au cours de toute laparotomie, une (1) ou plusieurs, supplément	76,25	

Réparation

05430	Marsupialisation de kyste ou d'abcès	343,95	7
05417	Ligature de l'artère hépatique pour métastases	379,40	7
05431	Rupture ou plaie	447,10	7
	Transplantation hépatique		
	Intervention « donneur »		
05429	hépatectomie totale	653,80	11

	Intervention « receveur »		
05450	transplantation orthotopique greffe et hépatectomie totale	2 964,60	17
05451	transplantation auxiliaire, greffe	2 964,60	17

VOIES BILIAIRES

(avec ou sans cholangiographie peropératoire)

Manipulation

05109	Cholangiographie peropératoire à l'aide d'une aiguille par injection directe dans les voies biliaires sans chirurgie au niveau de la vésicule ou des voies biliaires, supplément	46,25	
05037	Remplacement du tube de terblanche incluant la fluoroscopie	91,30	3

Incision

05049	Hépaticotomie ou cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires)	438,80	6
05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie	241,80	4
05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunostomie incluant la cholédochectomie	614,90	9
05419	Cholécystentérostomie ou cholécysto-duodénostomie ou cholécysto-jéjunostomie	422,20	6
05433	Cholécysto-gastrostomie	367,65	6

Excision

05149	Biopsie des voies biliaires	176,50	4
05150	Lésions des canaux biliaires	403,20	7
05151	Exérèse du canal cystique restant	308,30	4
05259	Excision de l'ampoule de Vater	444,55	4
05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche	475,35	4
05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements autorisés par le Ministre : voir système digestif, annexe)	332,05	6
	AVIS **:** *Voir la* Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie.		
05264	Cholécystectomie et cholédochostomie	618,75	6
05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, sphinctérotomie	581,10	7
05271	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, sphinctéroplastie	719,10	9
05277	Cholédochoscopie, supplément	76,25	
05278	Cholécystectomie avec procédé antireflux	665,95	9

	Réopération sur les voies biliaires		
05272	Cholédochotomie	616,35	7
05273	Cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie)	581,10	8
05274	Cholédochotomie, duodénotomie, sphinctéroplastie	687,75	9
05436	Réparation de sténose du cholédoque	735,25	9
05439	Plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie, s'il y a lieu	810,60	9
05440	Implantation de trajet fistuleux	308,30	7
05441	Atrésie congénitale des voies biliaires, exploration seulement	367,65	12
05485	Atrésie des voies biliaires extra-hépatiques : cure par porto-entérostomie en « Y » avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique	936,80	14
05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique	936,80	14
05442	Anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	795,90	11
05444	Fermeture de fistule biliaire	397,90	3

PANCRÉAS

Incision

05074	Pancréatotomie	284,60	6
05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	604,85	9
05005	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
	premier quart d'heure	64,15	7
	chaque quart d'heure additionnel	32,05	

AVIS **:** *Pour les rôles 1 ou 4, indiquer la durée de l'intervention (débridement et irrigation).*

Excision

	Pancréatectomie		
05155	sub-totale, simple, excluant la tête	564,80	12
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple)	1 252,80	17
05218	cholécystectomie, supplément	205,40	
05219	vagotomie, supplément	130,75	
05157	excision locale de lésion	367,65	7
05188	tumeur des îlots de Langerhans	640,30	12

05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs	818,25	14
05268	pancréatographie peropératoire, supplément	46,25	
05189	Excision de pseudo-kyste du pancréas	426,90	7
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	85,10	
	Réparation		
05445	Pancréatico-gastrostomie	632,90	9
05446	Pancréatico-duodénostomie	545,50	7
05447	Pancréatico-jéjunostomie	601,45	9
05448	Marsupialisation, pseudo-kyste du pancréas, drainage externe	308,30	7
	Intervention donneur		
05415	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	592,90	10
	Intervention receveur		
05416	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	2 371,70	17

ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON

	Incision		
05010	Laparoscopie diagnostique	141,50	4
05011	Laparoscopie diagnostique lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	81,40	2
	NOTE : Ne s'ajoute pas à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.		
05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie abdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale	88,95	3
05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (à l'exception de biopsie du pancréas et ganglions aortiques)	259,35	6
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	281,40	6
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale	183,00	3
05195	Sutures infectées sous anesthésie locale	96,20	
05196	Sutures infectées sous anesthésie générale et révision de toute la plaie	116,35	4
	Abcès péritonéal		
05080	sous-phrénique	432,55	7
05081	abdominal, unique ou multiple	336,55	6
05073	Douglas, voie transrectale ou vaginale	130,50	4

05083	abcès rétropéritonéal	405,30	7
05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale (P.G. 2.4.7.7 A)	52,55	3
05096	Cathétérisme portal par voie ombilicale incluant laparotomie	198,90	5
05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	355,75	8
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire	130,50	3
05484	Insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané trans-abdominal, tout type, incluant manipulations, irrigations et exérèse	176,20	2
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	148,20	3
	Excision		
05193	Tumeur desmoïde ou rétropéritonéale	711,20	6
05194	Kyste du mésentère avec laparotomie	449,25	4
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale	109,80	
05266	Omphalectomie, plastie	103,20	3
05267	Omentectomie totale ou sub-totale (au moins les deux tiers (2/3))	220,20	4
	NOTE : l'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie.		
	Réparation (toute voie d'approche)		
05454	Épiplooplastie incluant transfert d'épiploon *(toute indication)*	241,80	3
	Herniotomie inguinale ou fémorale		
05455	simple, unilatérale (P.C. 13)	281,15	3
05456	unilatérale avec hydrocèle ou hématocèle	283,05	4
05457	bilatérale en un temps	377,15	5
05458	unilatérale avec exploration de l'autre côté, patient de seize (16) ans ou moins	284,60	4
	Étranglée ou incarcérée		
05459	sans résection intestinale	281,10	4
05460	avec résection intestinale	536,00	7
05461	Herniotomie inguinale et fémorale	326,80	5
	Herniotomie ombilicale (incluant l'omphaloplastie)		
05462	patient de plus de seize (16) ans (P.C. 13)	268,85	4
05463	patient de seize (16) ans ou moins	205,40	4
05488	cure de hernie de Spiegel	260,05	4
05452	cure d'omphalocèle ou gastroschisis	284,60	14
05470	omphalocèle compliquée avec fermeture de la peau	320,20	14
	réparation avec sac de silon (omphalocèle)		
05473	premier traitement	313,75	14
05474	traitements subséquents	124,55	14

05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure (P.C. 13)	251,40	4
05478	Herniotomie diaphragmatique congénitale voie abdominale ou thoracique	525,05	14
05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale	653,65	14
05468	Herniotomie inguinale unilatérale avec orchidectomie (P.C. 13)	326,80	4
05469	Hernie incisionnelle	336,00	4
05476	Hernie récidivante (P.C. 13)	336,40	4
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément	151,75	
	AVIS **:** *S'applique uniquement aux codes de facturation **05469**, **05475** et **05476**.*		
05466	Exérèse complète d'une mèche de Marlex	261,55	5
05471	Hernie épigastrique (P.C. 13)	261,85	4
05475	Réparation d'éventration postopératoire	351,55	5
	Divers		
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	450,60	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome)	575,25	11
05489	Splanchnicectomie coeliaque trans-hiliale unie ou bilatérale, toute voie d'approche	462,50	8

ANNEXE

Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie *(acte 05270)*

Région 03 (Capitale-Nationale) - CHU de Québec - Université Laval : Pavillon St-François d'Assise (0210X)

Région 05 (Estrie) - CHUS : Hôpital Fleurimont (0116X)

Région 06 (Montréal) - CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal (0845X) (début 2017-10-08)

M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	332,05	6

REIN

AVIS **:** *Pour chaque intervention de la section* Rein*, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit;**
- **Intervention côté gauche;**
- **Intervention bilatérale.**

Incision ou extraction

06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	246,85	4
06036	Néphrostomie par voie rétrograde (type Lawson) incluant les tubes de drainage	177,85	2
06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	123,35	3
06012	Calicopyélostomie, incluant néphrotomie ou néphrostomie avec ou sans exérèse de calculs	522,95	9
06008	Extraction de calcul caliciel (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant	355,75	7
06004	Néphrotomie avec drainage (néphrostomie)	237,20	4
06005	Extraction de calcul coralliforme (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant	522,95	9
06006	Extraction de calcul pyélique (toute technique), (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance), la néphroscopie et les tubes de drainage, le cas échéant	320,90	5
06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, (incluant la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance) et les tubes de drainage	237,20	3
06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	201,60	4
06009	Section de vaisseaux rénaux surnuméraires ou transposition (ne peut être associé aux codes 06320 ou 06332)	211,75	4

Excision

06100	Biopsie du rein non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte chirurgical associé, faite par lombotomie	237,20	4
	Néphrectomie :		
06101	partielle	807,50	7
06115	totale incluant l'urétérectomie subtotale	658,85	7
06200	radicale avec évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux dans le cas de tumeur rénale	977,30	9
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	944,65	11
06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinet par résection, électrocoagulation ou Laser incluant les biopsies du bassinet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faites dans la même séance et les tubes de drainage	355,75	5
06204	Marsupialisation de kyste rénal, unique ou multiple, ou exérèse ou les deux, unilatéral (ne peut être associé à un code de chirurgie rénale ouverte)	261,55	5
	Transplantation rénale excluant la thérapie immuno-suppressive		
06221	un (1) chirurgien	793,50	11
	équipe de deux (2) chirurgiens		
06222	temps vasculaire	498,05	11
06223	temps urologique	213,45	
	néphrectomie		
06213	chez le donneur vivant	415,05	9
06214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	444,55	9

AVIS **:** *Les codes de facturation **06213** et **06214** sont payables par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois.*

Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

Réparation

06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	438,80	7
06321	Pyéloplastie, toutes techniques, urétéro-pyéloplastie avec ou sans dérivation	326,90	5
06322	Néphropexie	215,70	5
06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplémentaire	45,80	
06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	569,20	7

Suture

06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique)	290,50	6
06326	Fermeture de néphrostomie, de pyélostomie ou de toute autre fistule rénale	355,75	6

Opérations extra-rénales

06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	915,15	9
06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	549,05	5

AVIS **:** *Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.*

URETÈRE

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Uretère*, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche***;*
- **Intervention bilatérale**.

Incision ou extraction

06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation urétro-vésicale ou urétéro-rénale.	246,45	3
06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	340,45	4
06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère pelvien, incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	601,45	5
06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée), incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néphrostomie percutanée, si faites dans la même séance et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 06008, 06005, 06006 et 06029 dans une même séance.	687,65	5
06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations urétro-vésicales et urétéro-rénales NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.	557,60	5

Excision

06109	Excision d'un conduit iléal ou colonique	251,65	3
06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	424,65	4
06111	Traitement de tumeurs malignes de l'uretère par urétéroscopie, résection, électro-coagulation ou Laser incluant les biopsies de l'uretère, la dilatation urétérale et les tubes de drainage	498,05	5

Réparation

06330	Urétérolyse unilatérale	308,10	4
06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de six (6) cm ou plus	569,20	6
06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie (anastomose complète urétéro-pyélique ou urétéro-urétérale) avec ou sans néphrostomie (ne peut être jumelé à l'acte 06321)	421,25	6
06334	Trans-urétéro-urétérostomie	683,05	7
06337	Cure endoscopique de relfux vésico-urétéral par injection sous muqueuse de teflon (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	426,90	5
06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage si plus de six (6) cm)	672,85	6
06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale avec ou sans urétérolyse	299,60	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant		
06305	par segment intestinal tubularisé (ex. Bricker et autres)	544,65	7
06315	par segment intestinal détubularisé (ex. Kock et autres)	1 185,80	15
06338	Conduit urétéro-iléal ou colonique avec cystectomie totale ou cysto-prostatectomie, excluant évidement ganglionnaire	1 493,55	16
06324	Urétérosigmoïdostomie unilatérale	260,90	8
06340	Urétérostomie cutanée unilatérale	796,85	7
06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial	106,75	4
06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial	284,60	5
06318	Urétéro et/ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal)	355,75	8

Suture

06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère)	269,55	6
06346	Reprise de conduit iléal	C.S.	6
06350	Opération de Boari	710,40	7

VESSIE

Incision

06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection trans-urétrale, incluant la cystoscopie	188,15	3
	Cystostomie		
06020	isolée	136,40	4
06023	avec électrocoagulation ou excision de tumeur vésicale ou les deux, avec ou sans extraction de calculs	192,60	4
06025	avec implantation de stimulant électrique	207,55	3
06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	176,50	3
06018	Dénervation de la vessie par transsection	296,50	7

06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés par laminectomie, incluant les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intravésicale et intra-urétrale et la mise en place du boitier en sous-cutané	948,75	11
06022	Ouverture et drainage d'un abcès de l'espace péri ou pré-vésical	124,55	4
	Excision		
06159	Vésicostomie cutanée	355,75	3
	Cystectomie		
06113	partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple	344,15	5
06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale	467,45	7
06205	totale excluant évidement ganglionnaire	834,20	11
06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	201,60	4
----	Prostatectomie transurétrale de tissu prostatique résiduel	(voir génital mâle, prostatectomie)	
	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique)		
06168	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple	268,85	3
	Introduction		
	Dilatation de la vessie	(Voir actes diagnostiques et théapeutiques	
	Destruction		
06301	Litholapaxie, broyage d'un (1) ou plusieurs calculs et extraction des fragments	141,50	3
	Réparation		
06352	Cystostomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	569,20	5
06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation, excluant la cystectomie partielle, le cas échéant	683,05	12
	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, excluant la cystectomie totale, les anastomoses urétéro-intestinales et l'évidement ganglionnaire, le cas échéant		
06312	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	796,85	12
06336	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	1 307,40	15
06277	Valve de continence, supplément par valve	118,55	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
06343	univalvulaire	654,70	14
06344	plurivalvulaire	747,10	14
06383	Plastie pour exstrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	796,85	14
	Suture		
06357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie	318,55	5
06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée	355,75	3

	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
06402	par voie suspubienne	424,90	5
06403	par voie vaginale	345,95	4
06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	326,90	4

URÈTRE

Incision

06030	Urétrostomie externe antérieure	110,30	3
06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	142,35	4
06032	Méatotomie comportant la section du méat, de l'hémostase et l'approximation des muqueuses	32,65	3
	Ouverture et drainage		
06033	d'un abcès périurétral profond	124,45	4
06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	203,50	4

Excision

06190	Excision ou électrocoagulation d'un caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	65,40	3
06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme et femme)	196,20	4
06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	183,80	3
06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	185,00	4
06215	Urétrectomie totale	313,75	5
06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre, incluant les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale, le cas échéant	106,75	4

Réparation

06362	Urétropexie toute technique avec ou sans dérivation urinaire, incluant la cytoscopie peropératoire	308,15	4
	Urétrolyse post-urétropexie		
06037	par voie sus-pubienne	519,40	6
06014	par voie vaginale	257,60	6
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section.		
	Urétroplastie avec ou sans dérivation urinaire		
06446	pour urètre antérieur, en un (1) temps, avec greffe	266,80	3
06447	pour urètre antérieur, en un (1) temps, sans greffe	237,20	3
06448	pour urètre antérieur, en deux (2) temps, chaque temps	196,20	4
06449	pour urètre postérieur, en deux (2) temps, chaque temps	237,20	3
06450	pour urètre postérieur, en un (1) temps, avec greffe	337,95	4
	Correction d'incontinence urinaire		
06453	incluant prothèse par voie périnéale (Kaufmann ou autres)	213,45	4
06417	sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	533,70	9
06374	Tubularisation urétro-vésicale (Young-Dees, Tangho,etc)	796,85	7
06454	Exploration du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant l'exérèse si nécessaire	213,45	3

06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon	136,40	3
06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	91,30	3
	Suture		
	Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire		
06366	pour rupture antérieure	94,85	3
06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	503,35	7
06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	295,20	6
06369	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire sans lambeau	284,60	4
06302	Fermeture d'urétrostomie ou d'une fistule de l'urètre, incluant dérivation urinaire avec lambeau	355,75	3
06370	Fermeture de fistule urétro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	233,60	3
06371	Fermeture de fistule urétro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	343,95	5
06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	177,85	4
	Reconstruction du sinus uro-génital avec ou sans dérivation urinaire		
06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau	71,10	4
06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur	177,85	4
06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur	296,50	5
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	592,90	9

N - APPAREIL GÉNITAL MÂLE

R = 1 R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

AVIS **:** *Pour un service rendu à une personne trans qui a procédé à son changement de sexe civil, utiliser l'élément de contexte* **Transidentité**.

PÉNIS

Incision

06026	Traitement chirurgical du priapisme par anastomose vasculaire (toute technique) incluant anastomose caverno-spongieuse	237,20	3
06040	Traitement chirurgical du priapisme sans anastomose vasculaire (toute technique)	183,05	2
06027	Implantation de prothèse non gonflable pour impuissance organique	201,60	3
06028	Implantation de prothèse gonflable pour impuissance organique	355,75	4

Excision

Traitement pour pathologie du prépuce incluant l'allongement du frein

06126	par technique à la cloche	22,75	
06127	toute autre technique	84,90	3

NOTE : l'allongement du frein ne donne pas droit à ce tarif et sa rémunération est incluse dans celle de l'examen ou du service médical associé.

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

	Amputation		
06119	partielle du pénis, incluant segment d'urètre	313,75	4
06218	complète du pénis, incluant urétrostomie périnéale	627,55	3
06120	excision ou fulguration de lésions locales du pénis ou les deux	33,95	2
06121	Exérèse de prothèse pénienne	177,85	2
	Réparation		
	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire		
06354	correction en un (1) temps (toute technique)	213,45	3
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire		
06224	correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	426,90	5
06226	correction de chordée	179,35	4
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	426,90	4
	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire		
06234	correction en un (1) temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanés	878,60	11
06236	correction de chordée	355,75	3
06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanés (toute technique)	498,05	7
06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias) avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanés	683,05	5
06379	intervention supplémentaire pour correction de fistule urétro-cutanée, une (1) ou plusieurs	71,10	4
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias		
06228	avec désinsertion des corps caverneux	415,05	7
06229	sans désinsertion des corps caverneux	249,00	4
	Reconstruction pour transposition péno-scrotale avec ou sans dérivation urinaire		
06238	sans urétro-plastie	426,90	3
	Plastie du pénis corps caverneux spongieux		
06380	Après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	274,60	3

06432	Pour épispadias premier temps avec plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	592,90	7
06433	Pour épispadias avec correction complète et plastie de la vessie pour exstrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	770,80	11
06382	Pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en deux (2) temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	355,75	3
06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	1185,80	17
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale, entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	431,75	7
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	533,70	9

AVIS **:** *Pour les codes de facturation de la section* Testicules*, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche***;*
- **Intervention bilatérale**.

TESTICULES

Excision

06122	Castration simple uni ou bilatérale	150,35	4
06125	Orchiectomie par voie inguinale	233,55	4
	NOTE : Si cure de hernie associée, voir code 05468, système digestif (cas particulier : C.S.).		

Réparation

06385	Exploration chirurgicale pour torsion de l'hydatide et réparation	137,25	2
06386	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant	254,70	2
06285	Orchidopexie	424,65	3
06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	353,75	5
06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	233,55	4
06388	Rupture du testicule (réparation)	130,50	4

ÉPIDIDYME

Excision

06128	Épididymectomie unilatérale	118,55	2
06129	Exérèse de spermatocèle	141,50	2

Réparation

06392	Épididymo-vasostomie unilatérale	118,55	3
06401	Création d'un spermatocèle, à l'aide d'une greffe veineuse à l'épididyme, incluant la prise du greffon	177,85	4
06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie	237,20	5

TUNIQUE VAGINALE

06393	Cure d'hydrocèle ou d'hématocèle unilatérale	141,50	2

SCROTUM

06389	Traitement d'hydrocèle ou spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration le cas échéant	33,95	

Incision

06394	Ouverture et drainage d'abcès intra-scrotal ou d'un hématocèle	69,35	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	77,15	3

AVIS **:** *Voir la règle 2.4.7.7 du préambule général.*

06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épididymaire, unilatérale NOTE : Cet acte ne peut être associé aux services médicaux codés 05456 ou 06389 lorsqu'effectués du même côté lors d'une même séance.	169,80	3

Excision

----	Exérèse de lésion de la peau du scrotum	(voir peau - phanères)	
06106	Résection partielle du scrotum	146,60	4

CANAL DÉFÉRENT

Excision

06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale (toutes techniques) (P.C. 13)		
	En établissement..... (P.C. 13)	73,50	3
	En cabinet privé..... (P.C. 13)	134,95	
	Composante technique (en cabinet privé) supplément	93,05	
	AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Composante technique pour vasectomie unilatérale ou bilatérale en cabinet privé**.		

Réparation

06395	Vaso-vasostomie unilatérale	118,55	3
06444	Vaso-vasostomie unilatérale par microchirurgie	283,05	5

CORDON

Excision

06167	Exérèse d'un kyste du cordon	118,55	2
06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, excluant l'approche scrotale, non associé à une autre chirurgie inguinale ou scrotale ou les deux	192,60	3

VÉSICULE SÉMINALE

Incision

06050	Vésiculotomie de drainage	241,80	2

Excision

06235	Vésiculectomie	332,05	4

PROSTATE

Incision

06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (R.T.U.)	219,35	4

06055	Biopsie ouverte, voie périnéale	160,15	3
06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	177,85	3
06056	Exploration chirurgicale pour biopsies étagées des ganglions du petit bassin	490,30	4
	Excision		
	Prostatectomie (incluant la vasectomie, le cas échéant)		
06240	suspubienne (un (1) ou deux (2) temps)	421,85	4
06241	rétropubienne simple	408,60	4
06242	périnéale simple	392,15	5
06243	rétropubienne radicale incluant vésiculectomie mais excluant évidement ganglionnaire	878,60	9
06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale excluant évidement ganglionnaire	915,15	6
06247	transurétrale	420,45	5
06246	par cryochirurgie	355,75	4
06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie	109,15	4
	Résection de tissu prostatique résiduel ou récidivant		
06060	réintervention après un (1) an ou plus	385,10	5
06061	réintervention en moins d'un (1) an	259,35	5
06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection trans-urétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès	237,20	5

P - GYNÉCOLOGIE

R = 1 **R = 2**

AVIS **:** *Lorsque le libellé de l'acte est suivi de la mention P.G. 2.4.7.7 A, B ou C, un supplément d'honoraires est prévu.*

Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général sur l'utilisation du plateau de chirurgie.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

AVIS **:** *Pour un service rendu à une personne trans qui a procédé à son changement de sexe civil, utiliser l'élément de contexte* **Transidentité**.

NOTE : Les chirurgies gynécologiques peuvent être effectuées par chirurgie conventionnelle, par technique endoscopique ou au laser.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN

Incision

06043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie	83,10	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A)	91,00	3
06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	83,40	3

Excision conventionnelle ou au laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes) (P.G. 2.4.7.7 A)	33,05	3
06169	Condylomatose ano-génitale diffuse intéressant au moins 50 % de la région ano-génitale (sous anesthésie générale seulement)	140,20	3
06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin (P.G. 2.4.7.7 A)	84,90	3
06189	Bartholinectomie ou vestibulectomie ou les deux	115,50	3
	Vulvectomie		
06253	simple ou réintervention dans le cas du cancer	215,60	3
06254	radicale sans lymphadénectomie	462,50	5
06256	radicale avec lymphadénectomie inguino-pelvienne	877,50	8

06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	84,90	3
	Plastie des grandes lèvres		
06356	correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	122,55	4

VAGIN

Incision

06065	Culdocentèse	30,80	3
06066	Colpotomie (exploration et drainage)	117,70	3

Introduction

Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion, l'examen, la visite et la consultation

06074	première (par période annuelle)	66,75	3
06075	subséquente	40,60	3

maximum, une (1) colposcopie par période de quatre (4) mois, par patiente, par médecin. L'honoraire de toute autre colposcopie est inclus dans celui de l'examen.

NOTE : la première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.

Excision conventionnelle ou au Laser

06249	Colpectomie pour lésions malignes (P.C. 13)	627,55	7
----	Caroncule urétral ou ectropion (voir appareil urinaire)		
06141	Exérèse d'un septum vaginal	122,00	3
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple	83,40	3

Réparation avec ou sans dérivation urinaire

06400	Cystocèle (urétrocèle)	223,90	3
06405	ou rectocèle	221,80	3
06406	et rectocèle	302,20	4
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	158,10	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocèle lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	108,10	
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	299,60	4
06420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	398,60	3
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	260,90	3
06411	Colpocléisis	311,35	3
	Urétropexie sus-pubienne		
06412	Marschall-Marchetti ou autres	299,60	3
06414	Entérocèle ou colpocèle par voie vaginale	301,65	4
06415	Vaginoplastie (sténose)	84,90	3
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	189,80	3
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	426,90	9

Suture

06421	Colpopérinéorraphie (blessure non obstétricale)	167,25	3

TROMPES

Excision

06260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale		
		368,15	3

Réparation

06458	Tubuplastie sans microscope, unilatérale ou bilatérale	369,60	3
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, uni latérale ou bilatérale	753,35	7
	latérale ou bilatérale	745,90	7

Suture

06430	Traitement chirurgical, grossesse tubaire (ectopique)	369,80	4
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage		
		169,80	3
06451	avec avortement thérapeutique	228,10	3

AVIS **:** *Pour les actes codifiés **06430** et **06451**, l'article 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas.*

OVAIRES

Excision

06188	Kyste ovarien, para-ovarien (incluant hydatide de Morgani) unilatéral ou bilatéral		
		368,55	4
06177	Tumeur intraligamentaire	314,20	3
06261	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale	368,85	4
06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	364,65	4

Réparation

Chirurgie conservatrice de l'endométriose

06288	Stade III ou IV, avec microscope ou laser, comprenant au moins trois (3) des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien et/ou ovariectomie, tuboplastie, répéritonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie		
		735,35	7
06299	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes		
		370,10	4
06263	Ovariopexie	360,85	4

UTÉRUS ET COL UTÉRIN

	Incision		
06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	360,85	4
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	279,90	4
06069	Laparotomie avec lymphadénectomie	423,60	4
06073	Laparotomie de contrôle pour néoplasie ovarienne, avec ou sans biopsie	340,15	4
06072	Métroplastie (utérus septus)	314,20	4
	Excision conventionnelle ou au laser		
06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (P.C. 13)	82,55	3
----	en cabinet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	90,40	3
06146	Conisation diagnostique du col au laser ou au bistouri (sous anesthésie générale ou péridurale seulement)	155,70	3
	Thérapie cervicale, incluant l'examen ou la visite		
06811	pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie)	55,30	3
06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	28,00	3
	Myomectomie		
06142	cinq (5) cm ou moins et cinq (5) myomes ou moins	367,75	3
06143	plus de cinq (5) cm ou plus de cinq (5) myomes	455,95	4
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	458,55	3
06154	Technique laparoscopique, supplément	172,60	2
06178	Polypectomie simple	13,35	3
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	454,65	4
06252	Hystérectomie abdominale totale et Marschall Marchetti avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	531,05	4
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	799,80	7
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	457,15	4
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérec-tomie - omentectomie		

	- cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	796,90	9
	- lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	789,00	9
06192	avec résection du grêle incluant les anastomoses et l'iléostomie au même site, supplément	225,30	
06193	avec résection du colon incluant les anastomoses et la colostomie au même site, supplément	237,20	
06194	avec lymphadénectomie radicale lombo-aortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	296,50	
06195	avec iléostomie ou colostomie, ou les deux, à un autre site que la résection, supplément	177,85	
	Trachélectomie		
06267	abdominale	346,50	4
06268	vaginale	223,25	4
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	910,75	11
	Hystérectomie radicale		
06270	avec lymphadénectomie pelvienne et avec biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	1 215,85	11
06230	avec paramétriectomie pelvienne et biopsie des gq	1 102,85	11
	Exentération pelvienne		
06275	antérieure	2 383,05	17
06271	postérieure	2 075,20	17
06272	antérieure et postérieure	2 964,60	17
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	496,85	4
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	531,05	4
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	495,40	4
06381	Sympathectomie présacrée	314,20	4
	Introduction		
06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie (P.C. 13)	127,35	3
06455	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	117,70	1

06456	avec ablation de l'endomètre par électrocautérisation ou laser, supplément	212,20	2
------	Laparoscopie	(voir appareil digestif)	
	Réparation		
06431	Examen gynécologique sous anesthésie générale pour lésion cancéreuse du tractus génital avec ou sans biopsie	71,10	2
06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale	346,50	6
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature des trompes	314,20	4
06443	Watkins ou LeFort	209,15	2
	Manipulation		
06817	Réduction manuelle inversion utérine	98,05	2
	Avortement incomplet (spontané)		
06900	par extraction menstruelle	34,50	
06906	par curetage *(*)* (P.C. 13)	129,50	3
	Avortement thérapeutique		
06908	par extraction menstruelle (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 C)	34,50	
06938	en cabinet, supplément	15,40	
06909	par curetage (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires) (P.G. 2.4.7.7 C) (P.C. 13)	122,25	3
06939	en cabinet, supplément	38,65	
	Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines :		
	Un temps : (incluant le bloc paracervical, la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)		
06941	aspiration, curetage et évacuation du foetus (P.G. 2.4.7.7 C) (P.C. 13)	287,65	3
06947	en cabinet, supplément	38,65	
	Deux temps :		
06948	1er temps : induction, toutes méthodes incluant, le cas échéant, l'évacuation du foetus (P.G. 2.4.7.7 C)	172,60	3
06949	2e temps : curetage, le cas échéant (P.G. 2.4.7.7 C) (P.C. 13)	129,50	3
06951	en cabinet, supplément	31,85	
06924	Cerclage du col chez la parturiente	105,45	3
06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (P.G. 2.4.7.7 A) (P.C. 13)	123,90	3

06953	en cabinet, supplément	36,45

AVIS **:** *Pour les actes codifiés* ***06900****,* ***06906****,* ***06908****,* ***06909****,* ***06941****,* ***06948****,* ***06949****,* ***06924*** *et* ***06952****, l'article 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas.*

DIVERS

06464	Injection intrautérine ou intrafoetale sous guidage échographique à partir de vingt (20) semaines de grossesse en prévision d'un avortement thérapeutique, une ou plusieurs, incluant l'amniocentèse, le cas échéant, et l'examen (P.C. 13)	100,35

NOTE : Ne peut être réclamé avec un service de la section « Échographie pelvienne ou obstétricale » du Manuel des Services de laboratoire en établissement ». L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas à ce service.

Implantation sous-cutanée d'un implant contraceptif

06980	un seul implant	109,05
06981	plus d'un implant à la même séance	139,60
06982	Exérèse d'un implant contraceptif sous-cutané	125,40
06983	Exérèse de plus d'un implant à la même séance	169,80

Q - OBSTÉTRIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1. Pour fins de rémunération, les soins obstétricaux se divisent comme suit :

a) les soins prénatals;
b) l'accouchement;
c) les soins du post-partum;
d) les autres actes reliés à l'accouchement.

2. Les soins prénatals suivants sont rémunérés au tarif établi pour chaque acte :

- les examens et visites prénatals;
- l'avortement thérapeutique;
- le curetage utérin pour avortement incomplet;
- le cerclage du col;
- la transfusion foetale intra-utérine;
- la grossesse interrompue : induction par voie intra-veineuse et intra-utérine incluant la consultation, la visite, l'exécution et les soins postnatals;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications obstétricales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire.

3. Accouchement

Sous réserve des articles 2 et 5 du présent préambule, la rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens et les visites durant le travail;
- la stimulation du travail;
- la rupture des membranes;
- le désencerclage du col;
- toute forme d'anesthésie locale;
- le bloc para-cervical;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou, lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirures sauf celle du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- l'amniocentèse;
- la réparation de lacérations du col;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux externes.

4. Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement par voie vaginale et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Il en est de même des soins post-partum (excluant les soins postopératoires) dispensés le jour de la césarienne et les sept (7) jours suivants à l'égard d'une patiente dont le suivi de la grossesse a été effectué par un médecin omnipraticien. Dans le cas où plus d'un médecin assure l'ensemble des soins post-partum à la suite de l'accouchement par voie vaginale, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période applicable. Dans le cas où plus d'un médecin assure l'ensemble des soins post-partum à la suite de l'accouchement par césarienne (excluant les soins post-opératoires), un maximum de deux (2) médecins peuvent se prévaloir de 50 % de l'honoraire global pour la période applicable.

AVIS **:** *Chacun des médecins doit utiliser :*

- l'élément de contexte **Soins post-partum effectués par plus d'un médecin***;*

- le code de facturation ***06901*** *ou* ***06992****.*

Toutefois, dans le cas d'une césarienne, la rémunération prévue pour cet acte couvre les soins post-partum le jour de l'intervention et les sept (7) jours suivants. Si les soins postopératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart (1/4) de l'honoraire de la césarienne et cette rémunération couvre les soins du post-partum. La rémunération du médecin qui a effectué la césarienne est alors réduite en conséquence.

AVIS **:** *Le médecin qui a pratiqué la césarienne et qui confie les soins postopératoires à un autre médecin a droit à 75 % des honoraires. Utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin**.

Le médecin à qui les soins postopératoires ont été confiés a droit à 25 % des honoraires. Utiliser l'élément de contexte **Soins post-opératoires confiés par un autre médecin**.

5. Les actes suivants reliés à l'accouchement sont rémunérés au tarif établi;

- la stérilisation post-partum;
- lorsqu'il y a rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- toute manoeuvre obstétricale (y compris les sutures de lacérations cervicales) autre que la césarienne ou l'accouchement faite par le consultant.

6. Si, en raison de la gravité et de la complexité de l'état de la parturiente, le médecin traitant requiert les services d'un médecin consultant :

a) le médecin consultant a droit, s'il effectue seulement une consultation, à l'honoraire de consultation prévue au tarif;

b) le médecin consultant a droit, pour la consultation et l'exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement, à l'honoraire prévu au tarif;

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06914*** *sous le présent onglet Q.*

c) le médecin consultant, s'il procède à la césarienne ou à l'accouchement lui-même, est rémunéré au taux prévu pour ces actes, cette rémunération incluant, le cas échéant, celle de toutes manoeuvres obstétricales; le médecin traitant a alors droit à l'honoraire prévu au tarif pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06986****,* ***06987*** *ou* ***06988*** *sous le présent onglet Q.*

7. Présence d'un médecin à la salle d'accouchement

L'honoraire payable au médecin dont la présence est requise au moment de la naissance pour dispenser des soins au nouveau-né inclut, le cas échéant, la réanimation du nouveau-né et l'examen. Cet honoraire n'est pas payable au médecin qui est présent à la salle d'accouchement pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement de la parturiente.

AVIS **:** *Voir le code de facturation* ***06944*** *sous le présent onglet Q.*

8. Honoraire global

Nonobstant la règle énoncée à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie, les examens ou visites effectués avant que ne débute le travail d'une parturiente, le jour de l'accouchement vaginal effectué par le médecin ou un médecin consultant ou de l'accouchement par césarienne lorsqu'effectué par un médecin consultant, sont payables selon les règles du préambule général.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Séance différente** *si l'examen est effectué avant que ne débute le travail d'une parturiente seulement lorsque les codes de facturation* ***06903***, ***06912***, ***06913***, ***06984***, ***06985***, ***06986***, ***06987***, ***06988***, ***06989*** *et* ***06990*** *sont facturés.*

Il en va de même pour les examens ou visites effectués au chevet de la parturiente après le 2e jour suivant l'accouchement ou après le 7e jour suivant la césarienne.

L'inclusion prévue à l'article 2 du préambule particulier de chirurgie de certains examens postopératoires effectués auprès du patient admis ne s'applique pas aux services suivants : **06925, 06928, 06930 et 06942**.

L'article 8 du préambule particulier de chirurgie (MOD 050) ne s'applique pas à la rémunération d'un acte régi par le présent préambule.

9. Garde en disponibilité

Le médecin qui est détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et les exerce, a droit, pour la garde en disponibilité qu'il effectue à un forfait annuel de 6 529,80 $ au 1er septembre 2018 et de 8 064,60 $ au 1er avril 2019, payable trimestriellement, mais divisible en mois.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***09776*** *et indiquer le nombre de mois de garde en disponibilité.*

La facturation s'effectue à la fin de chaque trimestre. Le montant annuel du forfait de garde est divisible en mois. Les trimestres sont répartis comme suit :

- 1er juillet au 30 septembre;

- 1er octobre au 31 décembre;

- 1er janvier au 31 mars;

- 1er avril au 30 juin.

Seul le rôle 1 peut être utilisé avec ce code de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

La facturation du forfait codifié ***09776*** *est incompatible avec celle du forfait de garde en disponibilité de l'EP 38 – Garde en disponibilité (code de facturation* ***19058*** *ou* ***09705****).*

L'établissement adresse à la Régie le nom des médecins à qui il octroie des privilèges en obstétrique, et qui les exercent. Il informe également la Régie du nom des médecins qui cessent d'exercer leurs privilèges.

10. Mentorat

Le médecin détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés peut agir à titre de mentor auprès d'un médecin qui débute la pratique de l'obstétrique au sein du même établissement.

Le mentorat consiste en une aide professionnelle apportée par un médecin mentor pour répondre aux besoins particuliers d'un médecin débutant en obstétrique lors du travail et de l'accouchement des vingt premières parturientes dont il effectue l'accouchement. Le médecin mentor doit être disponible au cours du travail de la parturiente et être présent lors de son accouchement ou de la prise de décision de procéder à l'accouchement par césarienne. Le mentorat comprend les gestes que peut poser le médecin mentor durant le travail ou l'accouchement pour assister le médecin débutant en obstétrique. Le mentorat vise le développement professionnel de ce médecin ainsi que le développement de ses compétences en obstétrique. Les modalités de fonctionnement sont convenues entre les deux médecins. Lors du mentorat, le médecin mentor réclame les mêmes services que ceux réclamés par le médecin débutant en obstétrique.

AVIS **:** *Le médecin mentor doit faire parvenir à la RAMQ une lettre signée, ou un courriel, faisant part de son intention de se prévaloir de la mesure et d'agir comme mentor auprès de tout médecin de son établissement qui débute ou qui reprend sa pratique en obstétrique en spécifiant la date à laquelle cette période de mentorat débute.*
Cette information doit être transmise à la RAMQ une seule fois par établissement où le médecin souhaite bénéficier de cette mesure.

Par courriel
En utilisant le service en ligne Messagerie sécurisée de la RAMQ

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Pour les fins des présentes dispositions, un médecin est considéré comme débutant la pratique de l'obstétrique dès lors qu'il n'a pas effectué vingt accouchements, comprenant le suivi du travail d'une parturiente qui a été accouchée par césarienne, au cours des quatre années précédentes. Il doit informer la Régie de son intention d'avoir recours au mentorat. Lors de chacun des vingt premiers accouchements qu'il effectue, comprenant le suivi du travail d'une parturiente qui est accouchée par césarienne, il peut alors faire appel à un mentor, qui pourra être différent d'un accouchement à l'autre.

Le médecin qui débute ou reprend sa pratique en obstétrique avise la Régie de la date de début de la période pendant laquelle il veut se prévaloir des présentes dispositions.

AVIS **:** *Le médecin mentoré doit faire parvenir à la RAMQ une lettre signée, ou un courriel, faisant part de son intention d'avoir recours au mentorat pour la pratique de l'obstétrique en spécifiant la date à laquelle cette période de mentorat débute.*
Le calcul permettant de déterminer si un médecin peut bénéficier du mentorat s'effectue sur les 4 années précédant la date à laquelle le médecin a fait part de son adhésion à cette mesure.

Par courriel
En utilisant le service en ligne Messagerie sécurisée de la RAMQ

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

NOTE : Le médecin mentor doit réclamer un des actes suivants, selon ce qui est réclamé par le médecin mentoré : 06097, 06903, 06919, 06923, 06984, 06985, 06986, 06987 et 06988.

AVIS **:** *Pour le mentor, indiquer :*

- pour le professionnel en référence **Mentoré***;*

- son numéro de professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

Pour le mentoré, indiquer :

- pour le professionnel en référence **Mentor***;*

- son numéro de professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

NOTE : Pour une patiente donnée, le même jour qu'il se prévaut de ce paragraphe, le médecin mentor ne peut réclamer les actes suivants : 06914, 06916, 06921, 06922 et 06944.

11. Partage de la rémunération

Si en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique, le médecin qui a assuré le suivi du travail d'une parturiente doit se faire remplacer par un autre médecin, les médecins peuvent convenir de partager la rémunération de l'accouchement, ou de l'ensemble des soins durant le travail lorsqu'un consultant effectue la césarienne ou l'accouchement.

Le ou chacun des médecins qui se fait remplacer en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique reçoit alors le tarif de l'honoraire global prévu pour cette situation et, le cas échéant, deux tiers (2/3) du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

AVIS **:** *Pour obtenir les deux tiers du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne,* le *médecin qui assure une partie des soins durant le travail et qui se fait remplacer par un autre médecin doit utiliser :*

- l'un des codes de facturation ***06989*** *ou* ***06990*** *relatif à l'ensemble des soins durant le travail;*

- l'élément de contexte **Partage de la rémunération en obstétrique***;*

- s'il y a lieu, le code de facturation ***06923*** *pour le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.*

Le médecin qui assurait l'ensemble des soins de la parturiente immédiatement avant la prise en charge par le consultant qui a effectué la césarienne ou l'accouchement reçoit alors les deux tiers (2/3) du tarif de l'honoraire global prévu pour ses services plus, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.

AVIS **:** *Pour le médecin qui a remplacé un autre médecin en vue de poursuivre les soins durant le travail et qui à son tour est remplacé par un consultant pour effectuer l'accouchement ou la césarienne, utiliser :*

- l'élément de contexte **Partage de la rémunération en obstétrique***;*

- l'un des codes de facturation ***06986****,* ***06987*** *ou* ***06988*** *relatif à l'ensemble des soins durant le travail;*

- s'il y a lieu, le code de facturation ***06923*** *pour le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.*

Pour le professionnel en référence, indiquer Professionnel référant *ainsi que le numéro du médecin qui a été remplacé et avec lequel un partage de la rémunération est prévu.*

Le médecin qui a effectué la délivrance du nouveau-né reçoit alors les deux tiers (2/3) du tarif de l'honoraire global prévu pour ses services plus, le cas échéant, du supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne. Il reçoit de plus, le cas échéant, le supplément applicable pour l'accouchement d'un bébé après le premier jumeau et le supplément pour l'accouchement par siège, de même que les services décrits au paragraphe 5 du préambule de la présente section.

AVIS **:** *Pour le partage de la rémunération, pour le médecin qui procède à l'accouchement, à l'exception du consultant, utiliser* :

- l'élément de contexte **Partage de la rémunération en obstétrique***;*

- l'un des codes de facturation ***06903****,* ***06984*** *ou* ***06985*** *pour l'accouchement;*

- s'il y a lieu, le code de facturation ***06923*** *pour le supplément pour l'accouchement par voie vaginale post-césarienne.*

Pour le professionnel en référence, indiquer Professionnel référant *ainsi que le numéro du médecin qui a été remplacé et avec lequel un partage de la rémunération est prévu.*

Pour chacun des médecins, cette rémunération partagée, additionnée des suppléments applicables, couvre l'ensemble des soins prodigués durant le travail et, le cas échéant, lors de l'accouchement.

Les modalités ci-dessus s'appliquent, nonobstant qu'un des médecins ainsi visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, dans la mesure où ce dernier n'a pas assuré la délivrance du nouveau-né par voie vaginale ou par césarienne ni agit comme consultant durant le travail ou l'accouchement de la patiente en cause, et ce, sans égard à sa rémunération pour sa participation. Lorsqu'un des médecins visés est un spécialiste en gynécologie-obstétrique, ces modalités ne s'appliquent pas au code 06923.

.

	OBSTÉTRIQUE	**R = 1**	**R = 2**
	AVIS **:** *Pour un service rendu à une personne trans qui a procédé à son changement de sexe civil, utiliser l'élément de contexte* **Transidentité**.		
06911	Non stress test comprenant l'interprétation incluant, le cas échéant la technique ou la surveillance ou les deux	9,30	
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du foetus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) (en établissement seulement)	65,00	
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant l'examen ou la visite	66,70	3
06928	Ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse, examen et visite	79,65	
06921	Induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire	41,65	
	AVIS **:** *Inscrire le ou les codes de diagnostic médical.* *Voir la rubrique* Répertoire des diagnostics.		
06916	Installation, contrôle et surveillance de moniteurs foetaux internes ou de tocomètre, ou les deux, incluant l'insertion de cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique et l'interprétation (une fois seulement pendant le travail)	39,80	
06927	Amniocentèse diagnostique ou génétique	39,80	
06930	Transfusion foetale intra-utérine	160,50	
06922	Détermination du pH foetal par un médecin autre que le médecin accoucheur	36,55	
06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après trente-six (36) semaines, incluant l'examen, la visite, la tocolyse, le monitoring externe	174,30	3
06903	Accouchement du lundi au vendredi (excluant les jours fériés) de 7 h à 19 h	483,45	4
06919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	200,75	
06097	Accouchement par le siège, supplément	174,30	
06923	Accouchement par voie vaginale post-césarienne incluant les soins et la surveillance intra-partum, supplément	191,60	1
	NOTE : Ce supplément peut également être facturé en association avec les codes 06986, 06987, 06988, 06989 et 06990.		
06984	Accouchement : de 7 h à 24 h le samedi, dimanche et jour férié et de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	705,90	4
06985	Accouchement : de 0 h à 7 h tous les jours (P.C. 13)	840,30	4
06914	Consultation et exécution de toutes manoeuvres obstétricales ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement	167,10	
	AVIS **:** *Inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession. Voir l'article 6 b) du préambule particulier de l'obstétrique.*		

06987	de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié) et de 7 h à 24 h le samedi, dimanche ou un jour férié	502,00	
	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement		
06986	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié)	483,45	
06987	de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (excluant un jour férié) et de 7 h à 24 h le samedi, dimanche ou un jour férié	502,00	
06988	de 0 h à 7 h tous les jours	538,65	
	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né du fait qu'il se fait remplacer par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique		
06989	de 7 h à 19 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	322,30	
06990	samedi, dimanche ou un jour férié et de 19 h à 7 h du lundi au vendredi (excluant les jours fériés)	470,60	
06912	Césarienne avec ou sans stérilisaton	398,10	8
06913	Césarienne et hystérectomie	637,00	12
06946	Césarienne dans les cas complexes prévus en annexe, supplément	144,30	3

AVIS **:** *Inscrire le ou les codes de diagnostic médical.*
Voir l'annexe I du présent onglet Q – Obstétrique.
Voir la rubrique Répertoire des diagnostics.

06907	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il y a rétention pathologique incluant la consultation, l'examen ou la visite si requis (P.C. 13)	83,60	2

AVIS **:** *Inscrire le ou les codes de diagnostic médical.*
Voir l'annexe I du présent onglet Q – Obstétrique.
S'il y a lieu, inscrire le numéro du médecin référant ou son prénom, son nom et sa profession.
Voir la rubrique Répertoire des diagnostics.

06935	Réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal)	61,80	2
06944	Présence du médecin à la salle d'accouchement (P.G. 2.4.7.3 C)	60,20	

AVIS **:** *Ce code de facturation est réservé pour la présence auprès du nouveau-né.*
Voir l'article 7 du préambule particulier du présent onglet Q – Obstétrique.

	Soins du post-partum durant l'hospitalisation	
06901	soins du post-partum post accouchement vaginal	76,50
06992	soins du post-partum post accouchement par césarienne (excluant les soins postopératoires)	76,50

ANNEXE I

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

EXTRACTION MANUELLE OU INSTRUMENTALE DU PLACENTA (Acte codé 06907)

Complications obstétricales

- Hémorragie de la délivrance (666.0)
- Hémorragie tardive et secondaire du post-partum (666.2)
- Rétention du placenta sans hémorragie (667.0)
- Rétention de cotylédons placentaires ou des membranes, sans hémorragie (667.1)

CÉSARIENNE DANS LES CAS COMPLEXES (Acte codé 06946)

Conditions foetales

- Début spontané de l'accouchement avant 37 semaines de gestation (644.1)
- Détresse fœtale (656.3)
- Immaturité extrême (765.0)
  Note : Concerne généralement un poids à la naissance de moins de 1000 g. ou une gestation de moins de 28 semaines complètes ou tous les deux
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1) et retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)
- Souffrance fœtale avant le début du travail, chez un enfant né vivant (768.2)
- Souffrance fœtale remarquée d'abord pendant le travail, enfant né vivant (768.3)
- Détresse fœtale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Asphyxie obstétricale sans précision, chez un enfant né vivant (768.9)

Conditions au niveau du placenta

- Placenta praevia (641.1)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Fœtus/nouveau-né affecté par placenta praevia (762.0)

Conditions maternelles

- Maladie infectieuse : sida (042.9)
- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)
- Pré-éclampsie ou éclampsie greffée sur hypertension préexistante (642.7)
- Maladie infectieuse : hépatite aiguë (646.7)

Complications obstétricales

- Rupture utérine (665.1)

R - APPAREIL GLANDULAIRE

		R = 1	R = 2

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

Introduction

06310	Implantation sous-cutanée de substance hormonale	13,85	

THYROÏDE

Incision

06076	Drainage d'abcès, soins complets	71,20	3

Excision

06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	156,90	4
06151	Thyroïdectomie subtotale (bilatérale)	531,40	7
06152	Hémithyroïdectomie (lobectomie)	391,05	5
06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	160,35	3
06180	Excision de nodule solitaire	186,15	3
06280	Thyroïdectomie totale	645,50	7
06281	Reprise de thyroïdectomie pour goître restant	632,20	7
06282	Thyroïdectomie par voie transsternale pour un goître intra-thoracique	588,40	7
	Thyroïdectomie totale ou subtotale		
06283	avec évidement radical des ganglions cervicaux	939,60	12
06284	avec évidement localisé des ganglions cervicaux	741,80	9

PARATHYROÏDE

	Exploration et/ou excision		
06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	706,00	10
06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	747,45	9
06181	Transplantation de parathyroïde, une (1) ou plusieurs, supplément	136,25	

SURRÉNALES

06286	Surrénalectomie bilatérale et/ou exploration (toute technique)	604,85	12
06179	Exploration surrénalienne avec ou sans surrénalectomie, uni ou bilatérale, pour endocrinopathie ou tumeur primitive, incluant le phéochromocytome	789,85	12

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS **:** *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.
Voir le paragraphe 8.2 du préambule particulier de la chirurgie.

CRÂNE & ENCÉPHALE

Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)

Sus-tentorielles :

		R = 1	R = 2
07520	Lésions des ventricules latéraux	1 344,75	17
07521	Lésions du IIIe ventricule	1 536,80	17
07522	Lésions de la ligne médiane (faux & corps calleux)	1 440,80	17
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex. : craniopharyngiome, gliome extra orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	1 728,95	17
07524	Lésions de la région pinéale	1 728,95	17
07525	Lésions de la voûte du crâne	480,25	11
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 152,65	17
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 056,60	17
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement (sans stéréotaxie, quelque soit le nombre de biopsies)	476,50	9

Sous-tentorielles

07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 248,65	17
07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 344,75	17

	Tumeur du tronc cérébral		
07531	biopsie seulement	1 248,65	17
07532	exérèse 50 % et plus	2 113,20	17
	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur		
07533	5 cm ou moins	1 536,80	17
07534	plus de 5 cm	2 113,20	17
	Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)		
	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale :		
07535	adénome enclos (grade 0, I & II)	1 056,60	17
07536	adénome envahissant (grade III & IV)	1 104,65	17
07537	crâniopharyngiomes	1 200,70	17
07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 104,65	17
07539	approche par septorhinoplastie, supplément	240,20	
	Lésions intrasellaires avec extension suprasellaire par voie transphénoïdale :		
07540	Stade A	1 152,65	17
07541	Stade B	1 344,75	17
07542	Stade C & D (géants)	1 536,80	17
07543	Stade E (semblable à lésion intrasellaire envahissante III ou IV)	1 104,65	17
07544	approche par septorhinoplastie, supplément	240,20	
07545	Lésions intracrâniennes avec extension géante C & D par crâniotomie	1 728,95	17
07546	Lésions extraparenchymateuses de l'étage antérieur	1 536,80	17
07547	Lésions extraparenchymateuses de l'étage moyen	1 152,65	17
	Lésions de l'aile sphénoïdale :		
07548	2/3 externe	1 152,65	17
07549	1/3 interne	1 536,80	17
07550	Lésions du Clivus	2 113,20	17
07551	Lésions de l'Incisure de la tente du cervelet	1 728,95	17
	Lésions de la tente :		
07552	infratentorielles	1 440,80	17
07553	supratentorielles	1 344,75	17
07554	combinées	2 113,20	17
07555	Lésions intra-orbitaires par crâniotomie avec ouverture endocrânienne de l'orbite	1 728,95	17
07556	Chirurgie du sinus caverneux avec ouverture du sinus et dissection des nerfs crâniens à l'intérieur du sinus	2 113,20	17

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	1 056,60	17
07558	sous-durales	672,40	17

07559	épidurales	672,40	17
07560	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie, sans autre intervention	480,25	11
07561	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	480,25	11
07562	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	432,25	9

Sous-tentorielles :

Abcès, parasitose, granulome ou corps étranger, primaire ou au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne :

07563	intraparenchymateuses ou intraventriculaires	1 248,65	17
07564	sous-durales	864,45	17
07565	épidurales	864,45	17
07566	Exérèse de volet infecté et/ou de plaque de crânioplastie ou de duroplastie sans autre intervention	720,40	14
07567	Crâniectomie pour ostéomyélite sans autre intervention	720,40	14
07568	Aspiration ou biopsie d'abcès intraparenchymateux (quelque soit la technique sauf pour la stéréotaxie)	672,40	14

Lésions vasculaires

NOTE : Définition des grades

on établit le grade en additionnant le pointage des trois éléments suivants :

a) grosseur du nidus : petit (moins de 3 cm) 1
moyen (3 à 6 cm) 2
large (plus de 6 cm) 3

b) cerveau éloquent : non..... 0
oui..... 1

c) composante vasculaire profonde : non..... 0
oui..... 1

Sus-tentorielles :

Crâniotomie pour cure d'anévrisme :

07570	première, quelque soit sa morphologie	1 536,80	17
07571	supplémentaire, à localisation différente pour chaque anévrisme additionnel supplément	384,20	

AVIS **:** *Indiquer le nombre d'anévrismes additionnels.*

07573	Si anastomose extra/intracrânienne, supplément	480,25	

Crâniotomie pour malformation artérioveineuse

07574	grade 1	1 344,75	17
07575	grade 2	1 613,65	17
07576	grade 3	1 882,65	17
07577	grade 4	2 151,60	17
07578	grade 5	2 420,55	17

07579	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	960,55	17
	Évacuation d'hématome intracérébral autre que traumatique :		
07580	par crâniotomie	768,45	14
07581	par trépanation ou crâniectomie et aspiration	384,20	9
07582	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 056,60	17
07583	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse de l'ampoule de Galien	1 632,85	17
	Sous-tentorielles :		
07584	Crâniotomie pour anévrisme vertébro-basilaire toute technique	1 920,95	17
	Crâniotomie pour malformation artérioveineuse :		
07585	grade 1	1 536,80	17
07586	grade 2	1 805,85	17
07587	grade 3	2 074,80	17
07588	grade 4	2 343,75	17
07589	grade 5	2 612,65	17
07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique	1 059,05	17
07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 248,65	17
07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 344,75	17

Lésions vasculaires cervicales

07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cerveau.	864,45	17

Lésions traumatiques

07595	Crâniotomie pour traumatisme crânien	960,55	17
07596	avec reconstruction crânio-orbitaire dans la même séance, supplément	192,10	
----	Trépanation simple	(voir Actes diagnostiques et thérapeutiques)	
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
07597	unilatéral	635,45	14
07598	bilatéral	935,75	17

Liquide céphalorachidien

Dérivation interne :

07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventriculo-pleurale ou lombo-péritonéale	528,30	14
07613	Dérivation ventriculaire double en y	699,20	14

Révision d'une dérivation :

07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	336,20	11
07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	720,40	14
07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	336,20	9

Ventriculostomie du IIIe ventricule pour hydrocéphalie

07618	par crâniotomie	672,40	14
07619	par stéréotaxie	672,40	17
07620	par endoscopie	672,40	17

Autres procédures :

07621	Torkildsen	528,30	14
07622	Installation d'un réservoir (Omaya, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	240,20	7
	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
07623	unilatérale	480,25	11
07624	bilatérale	576,30	14
	Dérivation kysto-péritonéale :		
07625	supratentorielle	480,25	11
07626	infratentorielle	528,30	14
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
07627	supratentorielle	480,25	14
07628	infratentorielle	528,30	14

Malformation congénitale crânio-encéphalique

Crâne :

	Craniosténose :		
07629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple	576,30	14
07630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	864,45	17
07631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 248,65	17
07632	NOTE : Si le médecin fait une reconstruction majeure, supplément	C.S.	
07633	Morcellation crânienne pour crâniotomie multiple	672,40	14

Méninges & Encéphale :

	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
07634	supratentorielle	672,40	17
07635	infratentorielle	768,45	17
07636	base du crâne	864,45	17
	Crâniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
07637	supratentoriel	768,45	17
07638	infratentoriel	864,45	17
	Drainage d'hygroma congénital :		
07639	par trou de trépan seulement	249,80	11
07640	par crâniotomie	528,30	14
07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 248,65	17

Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :

	Installation du cadre plus		
07642	technique de localisation (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	240,20	7

07615	avec angiographie ou ventriculographie ou les deux, supplément	144,10	
07643	ponction ou biopsie (simple ou multiple) de lésion intraparenchymateuse, incluant la technique de localisation	672,40	14
07644	chirurgie stéréotaxie pour mouvements anormaux, spasticité ou rigidité, douleur, épilepsie ou installation d'électrodes permanents (comprend le mapping et la lésion ou doit faire interruption stéréotaxie de faisceaux) incluant la technique de localisation	1 248,65	17
07645	si lésion bilatérale, supplément	336,20	
	exploration stéréotaxie d'une épilepsie par implantation d'électrodes incluant la technique de localisation :		
07646	unilatérale	864,45	17
07647	bilatérale	1 152,65	17
	localisation et radiothérapie stéréotaxique incluant la technique de localisation :		
07648	externe	576,30	11
07649	interstitielle	864,45	17
07650	localisation et chimiothérapie interstitielle incluant la technique de localisation	864,45	17
07651	implantation stéréotaxie de tissu vivant incluant la technique de localisation	741,35	17
	crâniotomie stéréotaxique et résection volumétrique de tumeur incluant la technique de localisation :		
07652	corticale & sous-corticale	1 296,75	17
07653	thalamique des noyaux gris centraux	1 440,80	17
07654	si plus de 3 cm, supplément	192,10	
	Neurochirurgie de l'épilepsie		
07655	Exérèse corticale focale	864,45	17
07656	Amygdalo-hypocampectomie sélective	1 248,65	17
07657	Lobectomie	1 152,65	17
	Callosotomie		
07658	partielle	1 056,60	17
07659	totale	1 440,80	17
07660	Hémisphérectomie	1 920,95	17
	Insertion d'électrodes		
07661	épidurales	240,20	5
07662	épidurales lors d'une autre chirurgie, supplément	96,05	
07663	au trou ovale	240,20	5
07664	sous-durales par crâniotomie	576,30	11
07665	Transection sous-piale	960,55	17
07700	Utilisation peropératoire d'électrodes pour fins de localisation d'un ou plusieurs foyers épileptogéniques (minimum 8 électrodes), supplément	160,15	
	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.		

NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS

	Anastomose d'un nerf crânien :		
	intracrânien		
07667	avec greffe	960,55	17
07668	sans greffe	864,45	17
	lors d'une autre chirurgie, supplément		
07669	avec greffe	288,15	
07670	sans greffe	192,10	
	extracrânien :		
07671	avec greffe	768,45	14
07672	sans greffe	672,40	14
07673	Section du XI dans le cou	192,10	7
07674	Thermocoagulation ou infiltration intracrânienne du trijumeau	480,25	11
07675	Traitement chirurgical sur un nerf crânien par fosse postérieure (spasme, douleur, vertige, etc.) (rhizolyse, rhizotomie)	1 056,60	17

Chirurgie du nerf facial

	Décompression :		
07600	portions mastoïdienne et tympanique	512,30	7
07601	incluant le ganglion géniculé, supplément	237,20	
07602	par fosse moyenne	853,80	17
07603	totale	1 304,35	17
07604	avec déplacement (« rerouting ») du nerf facial, supplément	237,20	
07605	anastomose, supplément	118,55	
07606	greffe incluant prise de greffon, supplément	296,50	
	Réparation :		
07607	anastomose XII - VII	887,90	17
07608	avec greffe incluant prise de greffon	1 031,65	17

Divers

	Crâniectomie décompressive sans autre intervention dans le même temps opératoire :		
07677	sous-temporale	384,20	14
07678	sous-occipitale	480,25	14
	Crânioplastie :		
07679	acrylique ou métal ou repose du volet	576,30	11
07680	avec reconstruction osseuse autogène	960,55	17
07681	Lobectomie temporale autre que pour épilepsie	C.S.	17
07682	Révision de la crâniotomie faite antérieurement pour hématome intracrânien, fistule de liquide céphalo- rachidien ou abcès intracérébral, dans les 30 jours d'une chirurgie crânienne	768,45	17
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien :		

07698	si faite par voie crânienne (autre qu'endonasale) au-delà de 30 jours d'une chirurgie crânienne	960,55	17
07699	si faite par voie endonasale	426,90	14
07683	Crâniectomie pour exophtalmie incluant la décompression orbitaire	288,15	9

RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL

Tumorale

	Exérèse de lésion tumorale épidurale		
07684	par voie postérieure	720,40	14
07685	par voie antérieure incluant la corporectomie et la greffe le cas échéant	960,55	17
	Exérèse de la lésion intradurale extramédullaire :		
07686	un à quatre métamères	1 152,65	17
07687	plus de quatre métamères	1 920,95	17
	Exérèse chirurgicale totale ou subtotale de la lésion intramédullaire :		
07688	un à quatre métamères	1 440,80	17
07689	plus de quatre métamères	2 401,40	17
07690	Ponction et/ou biopsie tumorale ou de kyste tumoral ou décompression	899,05	17
07691	Exérèse d'une lésion tumorale expansive en sablier du foramen magnum (occipito-cervicale)	1 920,95	17
07692	Exérèse de lésion tumorale intradurale par voie antérieure incluant la corporectomie et greffe le cas échéant	1 920,95	17

Dégénérative et traumatique

07666	Exérèse de pachyméningite constrictive, au-delà de 30 jours d'une chirurgie au même site	749,45	14
07701	Décompression de moëlle ou queue de cheval, d'origine traumatique, non consolidée (moins de 30 jours)	576,30	14
	NOTE : Ne peut être utilisé pour une chirurgie de la colonne faite conjointement avec un autre médecin.		

Lésions vasculaires

07693	Laminectomie pour fistule artérioveineuse durale avec démonstration radiologique pré-opératoire (avec ou sans évacuation d'hématome)	720,40	14
	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire intradurale :		
07694	un à quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	1 440,80	17
07695	plus de quatre métamères (avec ou sans évacuation d'hématome)	2 401,40	17
07696	Laminectomie et exérèse de malformation vasculaire purement intramédullaire (cavernome intramédullaire) incluant l'hématome le cas échéant	1 440,80	17
07697	Laminectomie pour hématome épidural primaire	720,40	14

Lésions infectieuses

07713	Traitement chirurgical d'abcès épiduraux quelque soit le nombre de niveaux	720,40	14
07714	Traitement chirurgical d'abcès intraduraux	1 152,65	14
07716	Traitement chirurgical de l'ostéomyélite par corporectomie et greffe	960,55	14
07717	Traitement chirurgical d'une lésion infectieuse ou parasitaire intramédullaire	1 440,80	17
	Malformations congénitales du rachis & moëlle épinière		
	Rachis :		
	Résection de l'odontoïde par approche trans-orale pour décompression du tronc cérébral et de la moëlle cervicale incluant la trachéotomie		
07718	temps du neurochirurgien	1 296,75	17
07719	temps de l'oto-rhino-laryngologiste	426,90	
07720	avec installation d'une traction cervicale, tous genres, supplément	96,05	
07721	supplément au neurochirurgien s'il effectue le temps de l'oto-rhino-laryngologiste	144,10	
07722	Approche rachidienne postérieure cervicale, thoracique ou lombaire (exposition seulement)	384,20	9
	Méninges :		
	Réparation de méningocèle cervical :		
07723	antérieur	1 152,65	17
07724	postérieur	720,40	14
	Réparation de méningocèle thoracique et/ou lombaire ou thoracolombaire :		
07725	antérieur	1 152,65	17
07726	postérieur	720,40	14
	Réparation de méningocèle sacré :		
07727	antérieur	960,55	17
07728	postérieur	720,40	14
	Réparation de méningocèle intraspinal		
07729	(kyste extradural)	720,40	14
	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien		
07740	dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	384,20	14
07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	624,35	14
	Moëlle épinière & queue de cheval :		
07730	Réparation de myéloméningocèle	960,55	17
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
07731	un sac dural	768,45	14
07732	deux sacs duraux	1 248,65	17
07733	si libération d'une moëlle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	192,10	
	Traitement de moëlle ancrée :		
07734	première intervention	720,40	14
07735	réintervention	960,55	17
	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire:		
07736	par laminectomie et marsupialisation du kyste	864,45	17

07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	864,45	17
07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale	1 056,60	17
	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) :		
07739	intradural	192,10	7
	Neurochirurgie fonctionnelle		
	Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :		
	rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et foraminotomie :		
07751	une racine	672,40	14
07752	chaque racine additionnelle	48,05	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de racines additionnelles.*		
07753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	739,60	14
07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	67,25	
	AVIS **:** *Pour les deux premières heures, utiliser le code de facturation **07753** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes supplémentaires suivant les deux premières heures, utiliser le code de facturation **07754** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée supplémentaire.* *La durée des deux premières heures ne doit pas être incluse dans la durée supplémentaire.* *Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.*		
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
07755	une racine	528,30	11
07756	chaque racine additionnelle	48,05	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de racines additionnelles.*		
07757	dénervation sélective de muscles pour torticolis spasmodique	240,20	7
	ramiscectomie postérieure :		
07758	unilatérale	720,40	14
07759	bilatérale	960,55	14
	Cordotomie ou myélotomie :		
07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	842,60	14
07762	tractotomie trigéminale ouverte	799,45	14
	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale :		
07763	cordotomie (incluant la stimulation)	384,20	9
	rhizotomie postérieure :		

07764	une ou deux racines	96,05	9
07765	trois racines ou plus	155,90	
07766	tractotomie trigéminale	384,20	14
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
07767	implantation d'électrodes par laminectomie	480,25	11
07768	implantation d'électrodes percutanées	288,15	7
07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	363,75	5
	implantation de cathéter :		
07770	per cutané (P.C. 13)	317,65	5
07771	par laminectomie	519,65	11
07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	48,05	5
07773	Révision du stimulateur ou de la pompe	288,15	5
07844	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant l'examen ou la visite effectué à la même séance		
	Maximum : 1 par trois mois, par patient	68,80	

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
07172	nerf majeur (P.C. 13)	208,05	5
07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (P.C. 13)	188,50	4
07790	névrome d'un nerf digital (P.C. 13)	117,70	4
	Sympathectomie :		
07216	cervico-dorsale, unilatérale	330,90	9
07214	péri-aortique	80,05	5
07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	294,15	7
07220	lombaire : unilatérale	305,95	7
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	68,15	
07208	bilatérale, supplément	98,90	
----	présacrée (voir Gynécologie; utérus et col utérin)		
07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site (P.C. 13)	144,20	3
07792	Neurolyse d'un nerf majeur (P.C. 13)	205,90	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).		
07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (P.C. 13)	128,05	3
07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	105,90	3
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	128,05	3

07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	104,60	4
07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle)	80,05	4
	Plexus brachial		
07468	dissection sous-claviculaire	533,70	11
07469	dissection sus-claviculaire	612,75	11
07787	dissection sus et sous-claviculaire	800,40	14
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
07788	chaque anastomose, supplément	213,45	2
	AVIS **:** *Indiquer le nombre d'anastomoses.*		
07789	chaque greffe, supplément	320,20	2
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 921,20	
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de greffes.*		
	En anesthésie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		
	AVIS **:** *Ne pas fournir le protocole opératoire lorsque le code **07788** ou **07799** est facturé, mais le conserver au dossier du patient pour référence.*		
07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	186,75	5
07473	Greffe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (P.C. 13)	640,30	11
07474	Greffe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (P.C. 13)	333,10	9
	Microanastomose de nerf périphérique		
07797	nerf majeur (P.C. 13)	411,90	9
07798	nerf mineur (P.C. 13)	240,20	7
	Greffe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
07475	nerf majeur	320,20	7
07476	nerf mineur	213,45	5
07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (P.C. 13)	354,75	11
07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (P.C. 13)	112,00	4
07799	Suture nerveuse (neurorraphie) (P.C. 13)	106,75	6

Divers

07795	Rhizotomie per-cutanée sous fluoroscopie, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	339,70	9
07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	411,90	7

T - APPAREIL VISUEL

AVIS **:** *Pour tous les codes de facturation de la section* Appareil visuel*, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche***;*
- **Intervention bilatérale**.

AVIS **:** *Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

GLOBE OCULAIRE

		R = 1	R = 2
07045	Goniotomie ou goniopuncture ou les deux	358,75	5
07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accollement du vitré à la cornée	213,80	4
	Énucléation		
07133	simple	158,00	3
07134	avec mise en place d'implant	260,00	4
	Éviscération		
07136	avec mise en place d'implant	197,55	4
07356	Implantation secondaire	204,20	3
07358	Greffe de sclérotique pour extrusion d'implant	263,45	5
07361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.)	197,55	4
07237	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie	454,90	6
07047	Prélèvement de l'oeil d'un cadavre, unilatéral ou bilatéral	52,30	
	AVIS **:** *Cet acte est payable par la RAMQ même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois.* *Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.*		
07800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculectomie	533,70	7

CORNÉE

07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	88,95	3
	Kératectomie (avec ou sans exérèse de ptérygion)		
07142	partielle	94,60	2
07225	totale	98,85	2

07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	114,45	3
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	169,50	4
07362	Recouvrement conjonctival (P.C. 13)	197,55	4
07364	Greffe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse	556,35	7
07384	Résection lamellaire de la cornée pour astigmatisme de plus de quatre (4) dioptries	329,30	5
07479	Incision relaxante pour corrections d'astigmatisme (après une greffe de cornée)	156,15	3
	Curetage et/ou cautérisation		
07806	sous anesthésie locale	27,15	
07807	sous anesthésie générale	60,95	2
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion recidivante	52,30	3
07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	145,30	4
07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	581,10	7

SCLÉROTIQUE

07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	98,85	3
07226	Sclérectomie pour glaucome	230,55	4
07368	Greffe sclérale	263,45	5

IRIS ET CORPS CILIAIRE

07801	Iridotomie, iridectomie, trabéculoplastie, par photocoagulation ou par Laser YAG	160,30	4
07802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG	157,70	4
07815	réintervention au même oeil dans les quatre mois par le même chirurgien	87,35	4
07804	Goniosynéchialyse, incluant la gonioscopie	400,65	6
07814	Corectopie, excluant les replacements de lentilles intra-oculaires	197,55	5
07051	Sphinctérotomie	158,00	3
07052	Synéchotomie irienne (corélyse)	98,85	4
07169	Excision lésion irienne	276,65	4
07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	421,50	5
07137	Iridectomie périphérique ou complète	204,20	4
07305	Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste	145,30	3
07372	Iridodialyse (réparation)	204,20	4
07805	Iridencléisis	205,55	3
07811	Cyclodialyse	205,55	3
07812	Cyclodiathermie ou cyclocryothermie	134,35	4

CRISTALLIN

	Cataracte, incluant les iridectomies		
07261	Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire	475,00	5
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	299,45	5
	Replacement d'une lentille intra-oculaire luxée		
07262	manoeuvre extra oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux	32,95	3
07263	manoeuvre intra oculaire incluant les sutures de McCannel	131,80	4
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	230,55	4
07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé	385,05	6
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un patient de seize (16) ans ou moins	438,80	6
	Cataracte membraneuse		
07055	discission	133,60	3
07234	avec ciseaux	197,55	3
07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré par laser YAG	158,00	4
07006	réintervention au même oeil dans les quatre (4) mois par le même chirurgien	87,35	4

AVIS **:** *Le rôle 4 n'est pas payable pour les services codifiés* ***07261*** *et* ***07227****, sauf dans des circonstances exceptionnelles.*

Pour ces situations, utiliser le formulaire Document complémentaire – Considération spéciale *(1944) et inscrire :*

- la lettre A *dans la case* C. S.*;*

- les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue à cette fin.

CORPS VITRÉ

07240	Vitrectomie antérieure (Ex. : avec brouteur - appareil motorisé à vitrectomie)	230,55	4
07309	Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure	71,20	3
07325	Ponction du vitré par la pars plana pour culture ou pour injection de médicaments ou les deux, avec ou sans cryopexie	237,20	4
07375	Transplantation ou remplacement de vitré	197,55	5
07239	Vitrectomie par la pars plana avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	508,30	6
07285	Vitrectomie par la pars plana avec dissection de membranes épirétiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	596,15	9
07295	Section de bande du vitré excluant le laser YAG	525,30	6
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	157,70	3

RÉTINE

Réparation

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel	65,85	3
07299	profond	131,80	4
	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure		
07292	première intervention	215,85	8
07293	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	106,75	8
	Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intravitréens		
07408	première intervention	525,20	8
07409	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même médecin	619,20	9
	Diathermie ou cryothermie après ouverture conjonctivale		
07310	tumeur	256,80	3
07313	lésion hémorragique ou vasculaire	267,20	3
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	329,30	7
07466	extraction d'une plaque de cobalt	66,50	4
	Photocoagulation, au laser ou autre procédé		
07311	première intervention	158,00	4
07312	réintervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre (4) mois suivant la première intervention par le même médecin	92,25	4
	AVIS **:** *Ne pas fournir la pathologie requérant l'intervention subséquente, mais la conserver au dossier du patient pour référence.*		
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	129,10	3
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryo-technique (après ouverture de la conjonctive)	256,95	6

MUSCLES OCULAIRES

	Strabisme : incluant les ductions forcées		
	Premier muscle, un œil ou deux yeux		
	NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.		
07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical	353,05	4
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	349,85	4
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	373,60	4
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	417,25	5
	Supplément pour muscle additionnel		

07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles)	38,45	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	43,20	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles)	47,40	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles)	59,30	
	AVIS **:** *Pour les codes de facturation **07230**, **07231**, **07232** et **07233**, indiquer le nombre de muscles addtionnels.*		
	NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.		
07279	transplantation musculaire, un (1) ou plusieurs muscles	382,35	5
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	332,05	5
07377	Réparation à la suite de traumatisme	385,35	5
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	118,55	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	370,10	9
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	106,90	3
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	355,75	6
07282	tumeur	585,90	9
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne)	388,65	6
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale	585,90	9
07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe)	325,95	6
	Exentération simple		
07242	sans greffe	277,95	5
07243	avec greffe	674,65	9
07380	Plastie du plancher de l'orbite	301,50	4
07379	Réduction de fractures de l'orbite	197,55	3

PAUPIÈRES ET SOURCILS

----	Chirurgie du punctum	(voir appareil lacrymal)
----	Cryocoagulation de la paupière pour folliculite	
	(cryochirurgie de la conjonctive)	(voir conjonctive)

Incision

07065	Ouverture d'orgelet et drainage	14,80	3

	Ouverture et drainage d'abcès		
07066	anesthésie locale (P.C. 13)	14,85	
07067	anesthésie générale comprenant l'examen sous anesthésie générale (P.C. 13)	59,20	2
	Excision		
07173	Chalazion (P.C. 13)	30,35	3
	Néoplasme		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne		
07156	n'intéressant pas le rebord de la paupière (P.C. 13)	32,25	2
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (P.C. 13)	94,00	4
	Kyste de la queue du sourcil		
07176	superficiel (P.C. 13)	108,95	2
07177	intraorbitaire (P.C. 13)	344,95	3
	Xanthélasma		
07245	exérèse simple unique	22,20	2
07246	exérèse simple multiple, uni ou bilatéral	34,15	2
07247	exérèse avec greffe cutanée	171,25	2
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptose palpébrale	42,80	3
07420	Réparation du canthus interne ou externe	111,90	4
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	171,20	3
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	499,45	7
	Séparation des paupières post-tarsorraphie ou blépharorraphie		
07428	sous anesthésie locale	13,20	
07429	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anesthésie générale	52,70	2
	Ectropion ou entropion		
07248	technique simple (Fox, etc.) (P.C. 13)	98,85	4
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	197,55	4
07813	cautérisation (incluant l'examen et la visite)	22,80	
	Réparation		
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (P.C. 13)	520,05	7
	Blépharoplastie		
07391	simple excision de la peau d'une paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés (P.C. 13)	68,50	2
07393	excision de la peau, graisse orbitaire et reconstruction du pli de la paupière supérieure entraînant des troubles fonctionnels documentés (P.C. 13)	230,55	3

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **07391** et **07393**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la RAMQ et utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit** *ou* **Intervention côté gauche**.

Ptose

07394	suspension au frontal	164,65	4
07385	fasanella ou autre technique	129,10	4
07395	résection du releveur (P.C. 13)	294,35	4
07396	réintervention	329,30	5
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	128,05	4
	Lacération de la paupière		
07386	n'intéressant pas le bord libre (P.C. 13)	36,30	3
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	188,70	4
07403	Tarsorraphie (P.C. 13)	98,85	4

CILS

07400	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie locale	22,50	
07401	Électrolyse ou cryothérapie sous anesthésie générale incluant l'examen ou la visite	52,70	2
	Trichiasis localisé		
07402	opération par résection sectorielle requérant la reconstruction du rebord de la paupière	159,40	4
07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	287,45	3

CONJONCTIVE

07070	Péritomie	46,10	3
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	21,65	3
	Excision de tumeur		
07178	bénigne ou kyste sous anesthésie locale (P.G. 2.4.7.7 A)	28,90	
07183	sous anesthésie générale incluant l'examen sous anesthésie générale	52,70	2
07179	maligne, excision simple	164,45	4
07180	maligne, excision avec greffe	256,95	4
07405	Plastie conjonctivale avec greffe	151,50	4
07406	Symblépharon ou ankyloblépharon, technique simple	20,45	3
	Symblépharon		
07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	174,20	4
07407	excision avec greffe	296,45	5
	Réparation de plaie traumatique		
07410	suture simple de la conjonctive sous anesthésie locale	34,15	
07434	suture simple de la conjonctive sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie	54,85	2
07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	151,50	4
07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	76,40	4

APPAREIL LACRYMAL

07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	34,20	3
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	36,20	3
07252	Dacryocystectomie	158,00	3
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	461,00	7
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	34,20	3
07054	ectropion	35,60	3
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation		
	sous anesthésie locale		
07317	un (1) oeil	14,70	
07327	deux (2) yeux	22,20	
	sous anesthésie générale		
07318	un (1) oeil	57,05	2
07328	deux (2) yeux	52,70	2
	Intubation du canal lacrymal		
07319	un (1) oeil	98,85	3
07329	deux (2) yeux	131,80	4
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	29,15	3
07458	Réparation des canalicules sectionnés	261,75	4
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorraphie (avec ou sans insertion de tube)	263,45	5
07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	296,45	5
07459	Canaliculo-dacryo-cysto-rhinostomie	362,25	5
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales sous anesthésie générale	58,00	3
07460	Réintervention pour dacryo-cysto-rhinostomie	296,45	5

CORPS ÉTRANGER

	Extraction d'un corps étranger		
	intraoculaire		
	(incluant la réparation simple de la plaie d'entrée)		
07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique)	227,10	4
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	359,30	6
07153	non-magnétique	399,35	5
	cornéen		
07154	sous anesthésie locale	23,00	
07155	sous anesthésie générale	59,40	2
07199	intraorbitaire derrière le septum	282,50	5
	conjonctival		
07204	**sous anesthésie locale**	7,50	

07206	**sous anesthésie générale, incluant l'examen sous anesthésie générale et la fermeture de la conjonctive**	60,90	2

TRAUMATISME OCULAIRE

07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire avec péritomie et désinsertion de un ou plusieurs muscles dans le but d'éliminer une perforation oculaire	164,65	3
07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique ou les deux	230,55	4
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électro-cautère	329,30	5
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristalliennes et/ou de vitré	526,95	9

U - APPAREIL AUDITIF

AVIS : *Pour tous les codes de facturation de la section* Appareil auditif*, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*

- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche**.

AVIS : *Pour les services effectués à des sites différents, utiliser l'élément de contexte* **Site différent**.

OREILLE EXTERNE

		R = 1	R = 2
	Incision		
07075	Hématome (P.G. 2.4.7.7 B)	37,30	3
07076	Abcès du conduit (P.G. 2.4.7.7 A)	36,90	3
	AVIS : *Voir le paragraphe 2.4.7.7 du préambule général.*		
	Excision		
07150	Fistule préauriculaire (P.C. 13)	198,00	4
	Kyste		
----	préauriculaire	Voir code 5172 système digestif	
----	du lobule	Voir code 1172 peau, phanères	
07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	129,35	3
07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	287,65	5
07186	avec évidement cervical	462,50	12
07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) (P.C. 13)	32,75	3
07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	68,85	4

Réparation

07481	Cochléo-sacculotomie	384,20	5
	Malformation congénitale		
07422	mineure	116,20	2
07423	majeure	198,00	3

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **07422** et **07423**, ne pas fournir le protocole opératoire, mais le conserver au dossier du patient pour référence.*

07424	Prominauris unilatéral chez un patient de moins de 18 ans (P.C. 13)	198,00	4
	Otoplastie, reconstruction du pavillon		
07425	absence partielle	196,20	3
	absence totale		
07412	premier temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (P.C. 13)	652,25	11
07415	deuxième temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	160,15	3
07417	troisième temps : reconstruction du lobule	160,15	3
	NOTE : Si le deuxième temps et le troisième temps sont effectués à la même séance, l'article 8 du préambule particulier de chirurgie ne s'applique pas au quatrième temps : greffe cutanée	**(voir « greffes libres »)**	
07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	384,20	5

OREILLE MOYENNE

Incision

	Myringotomie		
07077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale (P.C. 13)	59,05	3
07078	Paracentèse unilatérale (P.C. 13)	32,30	3
07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier (P.C. 13)	142,35	4
07082	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la section de la corde du tympan incluse	144,35	4
07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	260,90	5

Excision

07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non): (Inclus dans la prestation de l'examen ou du service médical associé.)		3
07187	Polype de l'oreille moyenne	36,15	3
	Mastoïdectomie		
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	231,25	4
07259	radicale ou modifiée sans reconstruction ossiculaire (Bundy) (P.C. 13)	355,75	5

	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne		
07487	sans fraisage, ni modification du conduit	77,05	4
07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (P.C. 13)	148,20	4
07489	avec moulage du mur du facial	207,55	4
07490	Réfection totale de la cavité d'évidement mastoïdienne	355,75	5
07302	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope (P.C. 13)	26,80	3
07257	Stapédectomie (P.C. 13)	367,65	6
07270	Reprise complète (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (P.C. 13)	445,85	6
07286	Reprise partielle de stapédectomie incluant, le cas échéant, le repositionnement de la prothèse et la cure de fistule	254,90	3
	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	13,80	3
07449	Myringoplastie (a minima)	106,75	4
07450	Tympanoplastie (P.C. 13)	237,20	5
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (P.C. 13)	384,20	6
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	65,40	
	Masto-tympanoplastie		
07491	sans reconstruction ossiculaire (P.C. 13)	407,95	5
07437	avec conservation du canal osseux externe incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire) (P.C. 13)	474,30	5
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	59,30	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	652,25	9
07438	Oblitération de cavité mastoïde	384,20	5
07439	Fénestration du canal semi-circulaire externe	384,20	5
	Décompression du facial (incluant la mastoïdectomie et l'approche endoaurale)		
07343	sans greffe	438,80	6
07344	avec greffe nerveuse	581,10	7
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	151,75	4
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	373,60	6
07494	Insertion mastoïdienne d'audio-implant	415,05	5
07486	Implantation cochléaire à canaux multiples incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le médecin chirurgien au cours de l'hospitalisation, dans un établissement autorisé par le Ministre	2 490,30	16
07493	Implantation cochléaire à mono-électrode (mono-canal) incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le médecin chirurgien au cours de l'hospitalisation dans un établissement autorisé par le Ministre	1 897,30	16

AVIS **:** *Pour les actes codifiés **07486** et **07493** inscrire le lieu de dispensation.*

OREILLE INTERNE

	Excision		
07188	Exérèse de tumeur du conduit auditif interne par voie trans-labyrinthique ou par voie d'approche de la fosse moyenne	986,60	12
07265	Exérèse de glomus jugulaire	C.S.	4
07266	Temporalectomie	652,25	12
07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	384,20	6
	Labyrinthectomie		
07268	par oreille moyenne	355,75	6
07269	par voie transmastoïdienne	461,95	5
07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	373,60	5
	Introduction		
07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale	260,90	5
	Réparation		
07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	515,90	7
07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	536,50	5

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

Ce préambule régit la tarification de la radiologie diagnostique en centre hospitalier et en cabinet privé.

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin ou du physiothérapeute qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

RÈGLE 1. TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7).

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte *(1606), sauf indication contraire aux tarifs.*

Voir le Manuel des services de laboratoire en établissement.

1.2 On lui accorde également ce tarif pour un examen qu'il effectue chez un patient dont il est le médecin traitant.

TARIF DE LABORATOIRE

1.3 Dans un laboratoire de radiologie, le médecin qui pratique un examen est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7) *(voir l'* ***AVIS*** *sous la règle* ***1.4*** *)*

1.4 S'ajoute l'honoraire de consultation s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin ou un physiothérapeute.

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin ou du physiothérapeute qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

1.5 En laboratoire, seul l'examen dont le procédé est exécuté au lieu indiqué au permis donne droit au paiement d'honoraires.

ARRANGEMENTS PARTICULIERS

1.6 Des arrangements particuliers sont conclus, avec l'accord des parties négociantes, pour l'interprétation extra muros, des examens pratiqués dans les établissements des régions désignées par le gouvernement

RÈGLE 2. EXAMENS

2.1 Le médecin qui, à la demande écrite du médecin traitant, exerce une activité radiologique, est un consultant.

Il peut, avec l'accord du médecin traitant, pratiquer des examens différents de ceux qui lui sont demandés ou y ajouter des examens complémentaires si cela est nécessaire pour établir le diagnostic.

RÈGLE 3. EXAMEN RADIOLOGIQUE D'UN MEMBRE

3.1 La tarification pour la radiographie d'un membre comprend celle de l'autre membre, si ce dernier examen est pratiqué pour établir une comparaison morphologique.

AVIS **:** S*'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte* **Étude morphologique non comparative**.

RÈGLE 4. FLUOROSCOPIE

4.1 La fluoroscopie est une composante de l'examen de radiologie lorsque la nomenclature l'indique.

4.2 Pour donner droit au paiement de l'honoraire d'une fluoroscopie (ou d'un examen comportant l'utilisation de la fluoroscopie), il faut que le procédé d'examen ait été exécuté par un médecin.

RÈGLE 5. EXAMEN DU COLON

5.1 La tarification du code « Colon double contraste » comporte la préparation du colon selon les normes reconnues, l'introduction d'air et de barium sous contrôle fluoroscopique à l'aide d'un minimum de 5 films grand format de l'abdomen.

RÈGLE 6. TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR EN DOUBLE CONTRASTE

6.1 La tarification du code « Tube digestif supérieur en double contraste » comporte l'introduction de gaz et d'un type de barium 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.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière**.
Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

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 **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière**.
Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

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 **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière**.
Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 11. COLONNE LOMBAIRE OU LOMBO-SACRÉE

11.1 Le médecin ne peut demander paiement d'un examen du sacrum chez un patient dirigé pour une radiographie de la colonne lombaire, sauf indications cliniques.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière**.
Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 12. BILATÉRALITÉ

12.1 Le médecin qui pratique des examens bilatéraux, est payé pour chacun d'eux, sauf disposition contraire au tarif.

AVIS **:** *Utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche**.

RÈGLE 13. RADIOGRAPHIE DENTAIRE

13.1 Les radiographies dentaires sont payées par la Régie, lorsqu'elles sont pratiquées en centre hospitalier chez un patient qui y reçoit des soins de chirurgie buccale.

Il en est de même des radiographies dentaires pratiquées en laboratoire privé chez un bénéficiaire du programme de soins dentaires.

RÈGLE 14. SUBSTANCES DE CONTRASTE

14.1 L'honoraire de laboratoire comprend compensation pour les substances de contraste administrées lors de l'examen.

À titre exceptionnel, les substances à faible osmolalité sont payées par le patient, sauf dans le cas de la myélographie.

RÈGLE 15. ANGIORADIOLOGIE ET RADIOLOGIE D'INTERVENTION

15.1 On accorde un supplément de 41,45 $ au 1er octobre 2019 au médecin qui hospitalise un patient sous ses soins en vue d'un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention.

Ce supplément est également accordé, dans les mêmes circonstances, pour une hospitalisation d'un jour, en externe.

AVIS **:** *Inscrire :*
- *le code de facturation* ***09222*** *pour un patient hospitalisé;*
- *le code de facturation* ***09299*** *pour un patient en hospitalisation d'un jour, en externe;*
- *le lieu de dispensation*.

15.2 Le médecin qui doit revoir un patient chez lequel il a pratiqué un acte d'angioradiologie ou de radiologie d'intervention, est payé au tarif de 14,25 $ au 1er octobre 2019 par jour pour ses visites - sauf le jour de l'intervention.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation* ***09223***. *Les données d'identité de la personne assurée sont essentielles*.

RÈGLE 16. STÉRÉOSCOPIE

16.1 Deux films effectués pour un examen en stéréoscopie sont considérés comme deux incidences dans le cas d'un examen du crâne, du massif facial, des sinus ou de la colonne cervicale.

RÈGLE 17. TARIFICATION

17.1 Le médecin qui demande paiement d'un examen complémentaire justifié par des indications cliniques, en note sommairement le motif au relevé d'honoraires.

Il en est de même lorsque le médecin pratique un examen différent de celui indiqué sur la requête.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière**.
Ne pas fournir les indications cliniques mais les conserver au dossier du patient pour référence.

RÈGLE 18. RAPPORT

18.1 La tarification d'un honoraire de consultation comporte la rédaction d'un rapport.

AVIS **:** *La révision avec rapport écrit de document radiologique doit être facturée sous le code de l'examen révisé.*
Utiliser l'élément de contexte **Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni**.

RÈGLE 19. TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR ET RÉSONANCE MAGNÉTIQUE
19.1 On accorde un supplément de 28 $ au 1er octobre 2018 et de 28,30 $ au 1er octobre 2019 au médecin détenant de l'établissement des privilèges spécifiques en radiologie 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 **:** *Utiliser le code de facturation* ***08279***.

TABLEAU DES HONORAIRES

AVIS **:** ***En cabinet****, utiliser la facture de services médicaux.*

En établissement*,sauf indication contraire aux tarifs, utiliser la* Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte *(1606).*

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation bilatéraux, utiliser l'un des éléments de contexte suivant :*
- **Intervention côté droit***;*
- **Intervention côté gauche**.

		R = 7	R = 1
	TÊTE ET COU		
	Crâne		
08010	trois (3) incidences ou moins	33,05	5,75
08013	quatre (4) incidences ou plus	41,05	8,15
	Selle turcique		
08041	(lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne)	26,00	6,50
	Massif facial		
08123	trois (3) incidences ou moins	25,20	6,45
08124	quatre (4) incidences ou plus	31,40	8,00
	Nez		
08031	minimum de deux (2) incidences	16,50	4,00
	Maxillaire inférieur (uni ou bilatéral)		
08023	minimum de trois (3) incidences	25,20	6,45
	Articulations temporo-maxillaires		
08024	minimum de quatre (4) incidences incluant les clichés en bouche ouverte et fermée	25,20	6,45
	Sinus		
08125	trois (3) incidences ou moins	24,00	5,85
08126	quatre (4) incidences ou plus	28,65	8,00
	Mastoïdes - bilatérales		
08076	minimum de six (6) incidences	28,75	9,25
	Conduit auditif interne		
08019	lorsqu'il n'y a pas d'examen du crâne	26,00	6,30
	Oeil		
08030	recherche de corps étranger	16,40	6,75
08028	recherche et localisation de corps étranger	35,30	21,55
08011	Trous optiques	19,20	5,30
08038	Région des glandes salivaires	16,25	4,95
	Tissus mous du cou		
08037	minimum de deux (2) incidences	15,55	4,95
08036	Étude panoramique des maxillaires	17,80	4,80

	Dents		
08034	deux (2) régions dentaires ou moins	6,40	1,40
	AVIS **:** *Voir le paragraphe 13.1 du préambule particulier.*		
	Céphalométrie		
08077	avec mesure des angles	20,75	24,35
	COLONNE ET BASSIN		
	Colonne cervicale		
08127	trois (3) incidences ou moins	28,65	4,25
08128	quatre (4) incidences ou plus	36,90	6,95
08042	Colonne dorsale	27,40	4,95
08059	Colonne lombaire ou lombo-sacrée	32,05	6,80
	Colonne entière (série scoliotique)		
08053	minimum de quatre (4) incidences	61,65	14,90
08101	Sacrum (ne peut être facturé en sus du coccyx)	26,45	4,20
08110	Coccyx (ne peut être facturé en sus du sacrum)	34,30	4,20
08058	Articulations sacro-iliaques	24,00	6,40
	Bassin		
08054	une (1) incidence	16,50	4,20
08056	deux (2) incidences (ex. : bassin A.P. + une (1) latérale de hanche)	30,60	6,15
08055	trois (3) incidences ou plus (ex. : bassin + articulations sacro-iliaques ou bassin + deux (2) hanches)	35,20	6,75
	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	19,40	4,20
08075	Articulations acromioclaviculaires	24,00	6,40
08118	Articulations sterno-claviculaires	19,80	4,55
08074	Omoplate	21,50	4,55
08062	Épaule	21,30	4,65
08063	Humérus	16,50	4,20
08064	Coude	16,50	4,20
08065	Avant-bras	16,50	4,20
08066	Poignet	16,50	4,20
08067	Main	16,50	4,60
08068	Poignet et main	24,00	7,80
08069	Doigt ou pouce	12,80	3,15
	MEMBRES INFÉRIEURS		
	Hanche unilatérale		
08080	(2) incidences ou plus	26,90	4,95
08083	Fémur	16,50	4,20
08084	Genou, incluant la rotule	16,50	4,60
08085	Jambe	16,50	4,20
08086	Cheville	16,50	4,60
	Pied		

08087	tarse, calcaneum ou talon	16,50	4,20
08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	25,25	9,00
08090	Orteil	12,80	2,90
08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie)	24,80	6,75

ÉTUDES DU SQUELETTE

	Étude du squelette pour âge osseux		
08092	une (1) région (main)	16,50	7,50
08093	deux (2) régions (main et autres)	29,55	8,85
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métastatique) par incidence ou région		
08280	huit (8) incidences ou moins	65,70	12,10
08281	neuf (9) ou dix (10) incidences	70,75	21,20
08282	onze (11) incidences ou plus	90,35	23,45

THORAX

08100	Poumons	23,95	5,50
08108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant opacification de l'oesophage, incidences multiples	55,40	11,00
	Larynx, études spéciales		
08113	phonation	29,10	4,80
	Hémithorax (côtes)		
08115	deux (2) incidences ou plus	19,80	4,55
08117	Sternum	20,80	4,95
	Lecteur B		
09943	Pour l'examen radiologique du poumon par un médecin qui dispense des services de radiologie		
	Lecteur B		5,70

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte *(1606).*

ABDOMEN

	Abdomen		
08150	simple	16,50	4,35
08152	deux (2) incidences ou plus	25,90	5,95

VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (incluant fluoroscopie)

08132	étude palato-pharyngienne ou choanographie	37,45	19,55
08133	étude du pharynx et de l'oesophage	37,45	19,55
08148	étude du pharynx et de l'oesophage (enfant de moins de cinq (5) ans)	34,95	29,40
08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 08133, 08148, 08153, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	35,40	9,45
	Tube digestif supérieur		

08154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	69,30	18,25
08153	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum (enfant de moins de cinq (5) ans)	64,50	32,30
08158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	74,70	25,15
08159	Tube digestif supérieur et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	98,00	29,05
08162	Tube digestif supérieur en double contraste et grêle, incluant l'oesophage, l'estomac, le duodénum et le grêle	100,10	30,25
08156	Étude du grêle seul (lorsque les codes d'acte 08153, 08154, 08157, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés)	45,65	18,00
08164	Examen radiologique de l'intestin grêle seul, en double contraste, incluant l'intubation du grêle	83,00	49,85
	Colon, lavement baryté		
08149	simple contraste	72,15	16,65
08179	pour réduction d'intussusception	65,20	98,05
08160	double contraste, comprend au moins 5 films pleine grandeur de l'abdomen	94,60	27,15
08161	Cholécystographie orale	-	3,80
	Cholangiographie		
08171	par tube en T, incluant injection	30,30	13,20
08163	peropératoire		6,75
08165	par infusion intra-veineuse, incluant injection	43,20	19,55
08180	Pancréatographie peropératoire		13,10
08182	Pancréatographie et cholangiographie rétrograde par endoscopie	31,30	13,10

VOIES GÉNITO-URINAIRES

	Pyélographie		
08181	i.v. incluant injection, abdomen simple et films post- mictionnels	72,20	24,20
08186	rétrograde ou antégrade percutanée ou néphrostographie percutanée ou examen de vessie iléale, incluant abdomen simple	44,85	6,75
08187	Urétrographie ou cystographie rétrograde ou les deux, incluant scopie et insertion de chaînette, le cas échéant	35,40	5,95
08190	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insertion de chaînette le cas échéant	57,50	11,85
08196	Cysto-urétrographie, stress ou mictionnelle (cathéter), incluant scopie et insection de chaînette le cas échéant (enfant de moins de cinq (5) ans)	53,60	20,90
08189	Vasographie - Déférentographie	22,10	4,80
08191	Kystographie rénale	13,45	3,65
08198	Pneumographie abdominale, pelvigraphie ou herniographie	45,65	8,25

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

08192	Étude du foetus (âge foetal, mort foetale)	14,70	3,65
08193	Pelvimétrie	22,90	8,95
08197	Hystérosalpingographie, incluant scopie	46,30	10,95

FLUOROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

08102	Thorax	34,15	9,45
08151	Abdomen	34,15	9,45
08121	Squelette	34,15	9,45
	Contrôle fluoroscopique de procédures cliniques effectuées par un autre médecin, par quart d'heure		
08270	premier quart d'heure	14,60	18,30
08271	deux quarts d'heure	26,60	36,80
08272	trois quarts d'heure	39,90	55,10
08273	une heure ou plus	53,20	73,55

EXAMENS SPÉCIAUX, INCLUANT LA SCOPIE, LE CAS ÉCHÉANT

	Arthrographie, bursographie ou ténographie, incluant la ponction articulaire		
08114	graphie seulement	35,85	20,45
08116	fluoroscopie et positionnement par le médecin	60,80	35,45
	Bronchographie		
08109	unilatérale	33,90	17,15
08111	bilatérale	46,80	24,85
08166	Cholangiographie percutanée transhépatique	45,25	19,05
08007	Cisternographie opaque	77,65	25,95
08027	Dacryocystographie	29,65	7,70
08098	Discographie, un (1) niveau ou plus	34,10	20,20
08004	Encéphalographie	74,05	23,70
08214	Fistulographie	27,10	9,20
08201	Galactographie, incluant l'injection	41,05	34,10
08202	Kystographie mammaire, incluant l'injection	53,85	28,15
08119	Laryngogramme, avec contraste opaque	72,40	18,30
	Mammographie		

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux pour les services rendus en cabinet ou en établissement*.
Voir la liste Mammographie – Établissements reconnus par le PAM qui sont désignés.

	sans examen clinique		
08140	unilatérale	28,10	6,25
08141	bilatérale	42,30	11,25
	avec examen clinique fait par le médecin et dont le sommaire est gardé au dossier radiologique		
08142	unilatérale	28,10	13,85
08143	bilatérale	42,30	18,30
08199	Radiographie d'une pièce biopsique	25,70	4,95
08204	Mesure de la densité osseuse	42,00	15,60

NOTE : La mesure de la densité osseuse ne peut être pratiquée que sur indications médicales précises. Un seul honoraire de l'examen de consultation et de laboratoire le cas échéant, de la mesure de la densité osseuse est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de l'examen de la mesure de la densité osseuse n'est exigible qu'une fois par année par patient.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux peu importe le lieu de dispensation.*

Pour le code de facturation ***08204****, utiliser l'élément de contexte* **Indication médicale particulière**.

Ne pas fournir les indications médicales mais les conserver au dossier du patient pour référence.

08122	Microradiographie des mains	13,10	4,05
	Myélographie (colonne), incluant la ponction lombaire		
08096	contraste huileux	86,75	26,00
08097	contraste non ionique	186,10	26,00
08008	Myélographie gazeuse, incluant la ponction lombaire, et pneumo-encéphalographie		25,45
08061	Phlébographie périphérique par ponction directe ou dissection veineuse, incluant l'injection	71,05	78,15
08025	Sialographie	61,25	11,25
08006	Stéréotaxie	74,05	23,70
08232	Tomographie	62,90	13,30
08242	Annulation d'un examen pour indications cliniques, avec rapport écrit.		
	en établissement		10,40
	en cabinet		19,75

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 + 9,45 $. (MOD 008)

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni**.

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS **:** *Pour la technique et l'interprétation, utiliser :*

- les codes de facturation sous les titres Angioradiologie technique *et* Angioradiologie interprétation*;*

- la facture de services médicaux et inscrire les données d'identité de la personne assurée.

Pour l'interprétation seulement, utiliser :

- les codes de facturation sous le titre Angioradiologie interprétation *et les tarifs correspondants;*

- le formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation – Rémunération à l'acte *(1606).*

ANGIORADIOLOGIE (Technique)

Les services médicaux de la section *Angioradiologie (Technique)* sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de cinq (5) ans. (MOD 066)

Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)

08401 insertion de cathéter, incluant dissection si nécessaire et injection, si donnée 109,10

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 (1) ou plusieurs phlébographies non sélectives 109,10

08402 après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum une (1)) pour une seconde angiographie, supplément 54,45

08403 cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum quatre (4)), supplément 69,25

08404 cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum huit (8)), supplément 18,25

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **08403** et **08404**, indiquer le nombre de vaisseaux*.

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.
- 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 40,25

08406 Lymphographie unilatérale 40,25

08407 Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément 19,05

ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)

Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences

08408 non sélective 35,60

08409 sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4 34,10

AVIS **:** *Indiquer le nombre de vaisseaux*.

sélective avec quantification par moyen objectif :

08410 mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément 15,90

08411 calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2 15,90

AVIS **:** *Indiquer le nombre d'incidences*.

08412 mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4 27,85

AVIS **:** *Indiquer le nombre d'artères*.

08413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	13,60
	AVIS **:** *Indiquer le nombre de vaisseaux.*	
08414	sélective carotidienne, unilatérale	35,60
08415	sélective vertébrale, unilatérale	35,60
	périphérique, membres inférieurs	
08416	unilatérale	35,60
08417	bilatérale	71,10
08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	39,95
	Angiographie coronarienne	
08419	unilatérale	46,80
08420	bilatérale	93,70
08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément	25,30
08422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	46,80
08423	Angiocardiographie intra-veineuse, incluant angiographie numérisée	35,60
08424	Lymphographie, unilatérale	34,70

TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux.*
Voir la liste Tomodensitométrie – Établissements désignés.

Tête

08258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	56,15
08259	sans injection de substance de contraste	44,80

Cou

08260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
08261	sans injection de substance de contraste	67,85

Thorax

08262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
08263	sans injection de substance de contraste	73,50

Abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)

08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
08265	sans injection de substance de contraste	73,50

Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)

08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	84,80
08267	sans injection de substance de contraste	73,50

Abdomen et pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « pelvis »)

08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	120,75
08269	sans injection de substance de contraste	109,50

NOTE : La tarification de la région abdominale et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupoles diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

Rachis

08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	70,65
08275	sans injection de substance de contraste	65,10

Extrémités

08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	55,15
08277	sans injection de substance de contraste	43,90

Tarif de révision en tomodensitométrie

08257	révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie	21,20

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit :

- imagerie par résonance magnétique

- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences

- maximum, un examen par région, par jour

08570	Tête	126,05
08571	Cou	126,15
08572	Thorax	158,40
08573	Abdomen	158,40
08574	Pelvis	158,40
08575	Extrémités	126,15

Colonne

08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	117,60
08577	deux segments	147,70
08578	trois segments	198,75

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).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux**.

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

Tarif de révision en résonance magnétique :

08579	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	17,80

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux*.

Voir la liste Résonance magnétique – Établissements désignés.