



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 80
OCTOBRE 2011

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 58, en vigueur le 1^{er} octobre 2011, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- À l'*Annexe 23*, à l'*Article 1. Dispositions générales*, au paragraphe 1.1, modification du libellé
- À l'*Annexe 23*, à l'*Article 3. Frais maximaux*, au paragraphe 3.1, modification du libellé - **en vigueur le 1^{er} juillet 2011**

Pages : [2](#) et [4](#)

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

- Au paragraphe 3. *Plafonnement de gains de pratique*, sous *Plafonnements généraux*, aux sous-paragraphe 3.2.3, 3.2.4 et 3.2.5, modification du libellé - **en vigueur le 1^{er} juillet 2011**

Pages : [20](#) et [21](#)

A-PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- À la *Règle 5*, au paragraphe 5.4, modification du libellé - **en vigueur le 1^{er} mai 2009**

Page : [A-5](#)

E - CHIRURGIE

- À l'*Addendum 4 - Chirurgie*, aux règles 11, 12, 13 et 14, modification du libellé - **en vigueur le 1^{er} mars 2011**

Pages : [E-8](#), [E-10](#), [E-12](#) et [E-13](#)

ONGLETS B, C, D, F, G, L, Q, T, U et V

- Modification de libellés, modifications tarifaires, abolition et ajout de codes d'acte et de notes

Pages : [B-12](#), [B-14](#), [B-15](#), [B-22](#), [B-35](#), [B-36](#), [B-47](#), [B-49](#), [B-50](#), [B-116](#), [B-129](#), [B-130](#)

Pages : [C-3](#), [C-13](#), [C-14](#), [C-33](#), [C-34](#), [C-36](#) à C-43, [C-53](#), [C-54](#), [C-65](#), [C-67](#), [C-68](#)

Page : [D-15](#)

Page : [F-5](#)

Page : [G-20](#)

Page : [L-5](#)

Pages : [Q-11](#), [Q-12](#) - en vigueur le 1^{er} mars 2011

Page : [T-5](#) - en vigueur le 24 mai 2011

Page : [U-4](#)

Page : [V-30](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

INDEX

- Mise à jour des index

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Au tableau 1.2 *Instructions de facturation des frais de déplacement*, au sous-paragraphe 1.2.1 et au paragraphe 1.3 *Demande de remboursement des frais de déplacement*, au sous-paragraphe 1.3.1, au point 6, modification du libellé

Pages : [7](#) et [10](#)

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Au paragraphe 3.2 *Rédaction de la demande de paiement du médecin*, au sous-paragraphe 3.2.1.4 et aux points 1 b), c), d) et e), modification du libellé

Pages : [6](#) et [7](#)

- Au sous-paragraphe 3.2.6 *Section 6 Facturation des actes*, modification de libellés

Pages : [20](#), [21](#), [25](#) et [27](#)

- À l'*Annexe II Liste des modificateurs*, suppression des modificateurs 224, 225 et 226 et de leur description, modification du libellé du modificateur 116 ainsi qu'ajout du modificateur 076

Pages : [46](#) et [51](#)

- Au paragraphe 3.4 *Demande de remboursement à la personne assurée, Annexe II - Liste des modificateurs*, sous *Modificateurs multiples*, ajout des modificateurs multiples 355, 356, 378 et 379 - **en vigueur le 1^{er} octobre 2008** et des modificateurs multiples 845 à 857 - **en vigueur le 1^{er} mars 2011** ainsi que du modificateur multiple 288 et retrait de plusieurs

Pages : [53](#) à 58

- Au paragraphe 3.4 *Demande de remboursement à la personne assurée, Annexe III - Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification*, à la lettre « J », modification du libellé

Page : [59](#)

LISTE DES LOCALITÉS

- Au sous-paragraphe **3.5.1 Liste des localités**, retrait de la localité Cabano - 60920 et modification du nom de Notre-Dame-du-Lac pour Temiscouata-sur-le-Lac - 60910

Pages : [5](#) et [9](#)

PAIEMENT

- Au paragraphe **4.7 Codes de transactions**, ajout des codes 18 et 28

Page : [12](#)

MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout du message 224 et modification du libellé des messages 396 et 914

Pages : [8](#), [15](#) et [37](#)

A-PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- À la **Règle 14. Soins d'urgence**, au paragraphe 14.3, modification du libellé des modificateurs à utiliser

Page : [A-11](#)

- Remplacement du tableau des dates fixées par la Régie pour la célébration des fêtes légales

Page : [A-38](#)

B - TARIFICATION DES VISITES

- À l'**Annexe 1** de l'**Addendum 10 - Microbiologie-Infectiologie**, dans la liste des maladies en émergence, retrait des actes 09075 et 09076

Page : [B-70](#)

- Sous **La rémunération de certaines activités effectuées par les médecins spécialistes suivant la Loi sur la protection de la jeunesse**, ajout du titre **Évaluation d'un enfant et rapport**

Page : [B-148](#)

MANUELS ET FORMULAIRES

- Au sous-paragraphe **9.1.3 Liste des manuels disponibles**, modification du libellé

Page : [1](#)

ONGLETS B, C, D, L, Q, S et T

- Modification, déplacement, ajout et retrait d'avis administratifs ainsi qu'ajout de codes d'acte et de modificateurs

Pages : [B-12](#), [B-14](#) à B-16, [B-22](#), [B-37](#), [B-52](#), [B-62](#) à B-64, [B-116](#) et [B-131](#)

Page : [C-68](#)

Page : [D-6](#)

Page : [L-5](#)

Pages : [Q-9](#), [Q-11](#), [Q-12](#) et [Q-14](#)

Page : [S-2](#)

Page : [T-5](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les renseignements publiés dans les infolettres suivantes : n° 026 du 2011-05-02, n° 065 du 2011-06-07 et n° 157 du 2011-09-29

LÉGENDE

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

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

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

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INDEX

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

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

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

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

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

AVIS : *Nous vous invitons à consulter notre rubrique Internet Frais de déplacement à l'adresse suivante :*

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/frais_deplacement/generalites.shtml

Vous y trouverez des exemples, des précisions utiles reliées au type de moyen de transport utilisé, etc.

ANNEXE 23.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

ARTICLE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

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

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

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

1.3 S'ajoute une indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

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

AVIS : *Dans le cas de prélèvement d'organes, utiliser le code d'acte 09993 pour facturer l'indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement.*

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

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin n^o 1200 pour facturer le temps de déplacement avec le code de forfait de l'une ou l'autre des deux lettres d'entente.*

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

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

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

ARTICLE 2. TERRITOIRES DÉSIGNÉS

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

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

Il présente les pièces justificatives.

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

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

2.2 S'ajoute une indemnité de 89 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures par trajet unidirectionnel.

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

a) Transport aérien ou ferroviaire

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

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

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante

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

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

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

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

On lui accorde alors une indemnité de 89 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement).

**ARTICLE 3.
FRAIS MAXIMAUX**

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

1.2 Instructions de facturation des frais de déplacement

Rémunération à l'acte	
1.2.1 Dispositions générales	Directives
Demande de remboursement des frais de déplacement, pour un professionnel résidant en territoire non désigné : # • Facturer le déplacement selon l'indemnité de 0,86 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle) du point de départ situé au Québec jusqu'au centre hospitalier. • Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres, quel que soit le moyen de transport. • Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander paiement des frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier au cours d'une semaine.	Utiliser la <i>Demande de paiement - Médecin n° 1200</i> • Remplir le formulaire de la façon habituelle (identité de la personne assurée, services fournis, etc.) • Afin que les frais de déplacement soient remboursés, ils doivent être facturés sur la <i>Demande de paiement - Médecin n° 1200</i> identifiant une des personnes assurées qui a reçu des soins dans un centre hospitalier visé. • Indiquer dans la case DISTANCE le déplacement en kilomètres dans un sens seulement • Toujours préciser votre localité de départ dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Si possible, utiliser le nom de la localité avant fusion, ou mieux encore, le code postal correspondant à votre lieu de départ. N. B. : reçus d'essence non requis lors de l'utilisation de votre véhicule personnel • Inscrire dans la case HONORAIRES adjacente, le montant correspondant • Inscrire le code du centre hospitalier visité dans la case ÉTABLISSEMENT IMPORTANT : Ne pas utiliser le formulaire <i>Demande de remboursement de frais de déplacement n° 1988</i>

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

A) DÉPLACEMENT (frais de transport)

- Voiture personnelle : 0,86 \$ par kilomètre

Suivre la procédure décrite précédemment

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

1. Utiliser la **Demande de paiement - Médecin n° 1200**

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

2. Remplir le formulaire **Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988** en y précisant le détail des dépenses faites.

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

B) TEMPS DE DÉPLACEMENT

- Dans un territoire désigné ou pour un médecin visé à l'article 1.3 de l'**Annexe 23**, une indemnité de 89 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement.
- Il est accordé une indemnité de 89 \$ l'heure pour un temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement) à celui qui se rend donner des soins dans un centre hospitalier d'un **territoire désigné**.

Utiliser le formulaire **Demande de paiement - Médecin n° 1200** sur lequel a été facturé le déplacement correspondant :

- Inscrire le code 09992 dans la section Actes
- Préciser la date et le montant demandé pour le temps consacré au déplacement
- **Taux horaire : 89 \$**

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

Le formulaire **Demande de remboursement des frais de déplacement n° 1988** est disponible à la Régie et dans certains établissements.

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

[illegible]

1.3.1 Description du formulaire

Ce formulaire comprend neuf parties et se rédige comme suit :

- 1. PROFESSIONNEL** : prénom usuel, nom de famille, numéro d'inscription à la Régie
- 2. CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ET MODE DE RÉMUNÉRATION** : indiquer la catégorie de professionnel et le mode de rémunération
- 3. DÉPLACEMENT** : localité, date et heure de départ, localité, date et heure d'arrivée à destination, nom de l'établissement visité ainsi que son numéro.
Ces renseignements sont obligatoires. Pour la localité de départ, nous vous suggérons d'indiquer le nom de la localité avant fusion ou mieux encore, le code postal correspondant à cette localité.

FRAIS DE DÉPLACEMENT :

- 4. NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT** : sur laquelle les honoraires professionnels se rapportant à ce déplacement sont facturés.
- 5. TEMPS DE DÉPLACEMENT** : le temps consacré au déplacement, si ce dernier élément s'applique, selon l'entente; inscrire le nombre d'heures, le taux horaire en vigueur selon l'entente et le montant **calculé à 100 %**; reporter ce montant sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte 09992.
- # 6. MOYEN DE TRANSPORT** : la date, le moyen de transport utilisé, les détails ainsi que le montant associé au moyen de transport; lors de l'utilisation du véhicule personnel, indiquer le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) **X** par le taux alloué ainsi que le montant demandé. Pour le nombre de kilomètres à facturer, la distance unidirectionnelle se calcule du point de départ situé au Québec jusqu'à l'établissement visité. Reporter le montant associé au moyen de transport sur la demande de paiement en utilisant le code d'acte 09991.
- 7. MONTANT TOTAL DES FRAIS** : la somme des montants demandés
- 8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : autres détails jugés nécessaires à l'évaluation de la demande de paiement
- 9. SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** : le formulaire doit être signé **à la main** par le professionnel dont le nom figure à la partie supérieure ou par son mandataire; **la date** est également très importante.

INDEX

Page

3. DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (<i>formulaire n° 1200</i>)	2
3.0 AVANT-PROPOS	2
3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	2
3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN	3
3.2.1 Section 1 Identité de la personne assurée	3
3.2.1.1 Carte d'assurance maladie	3
3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie	3
3.2.1.3 Modèles de carte	4
3.2.1.4 Vérification de la carte	6
3.2.2 Section 2 Médecin ayant fourni les services assurés.	8
3.2.3 Section 3 Professionnel ayant requis des services d'un médecin	9
3.2.4 Section 4 Diagnostic principal et renseignements complémentaires	10
3.2.4.1 Document complémentaire (<i>formulaire n° 1944</i>)	11
3.2.4.2 Facturation des traitements collectifs	12
3.2.5 Section 5 Établissement	13
3.2.6 Section 6 Facturation des actes	15
3.2.6.1 Exemple de facturation d'une anesthésie	17
3.2.6.2 Anesthésiologiste collaborateur (R = 3)	18
3.2.6.3 Anesthésiologiste remplaçant en cours d'intervention (MOD = 037)	19
3.2.6.4 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie (Règles 14,3 et 14,5 - <i>Préambule général</i>)	20
3.2.6.5 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règles 14,2 et 14,5 - <i>Préambule général</i>)	30
3.2.6.6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règle 14,4 - <i>Préambule général</i>)	32
3.2.7 Section 7 CSST - C.S. - Distance	33
3.2.7.1 Section 7 Lettre Q	35
3.2.8 Section 8 Visites	37
3.2.8.1 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence)	38
3.2.9 Section 9 Total des honoraires	39
3.2.10 Section 10 Signature	39
3.3 EXPÉDITION	39
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>formulaire n° 1800</i>)	40
Annexe I : Liste des rôles	41
Annexe II : Liste des modificateurs	42
Annexe III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification	59
# Annexe IV : Numéro d'établissement (code d'établissement)	61
3.5 RÉMUNÉRATION MAJORÉE	2
3.5.1 Liste des localités	3

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (FORMULAIRE N° 1200)

3.0 AVANT-PROPOS

La Régie fait parvenir à tous les médecins rémunérés à l'acte un approvisionnement de demandes de paiement. Le médecin peut en demander un nouvel approvisionnement à la Régie, selon certains critères définis sous l'onglet *Manuels et formulaires (page 2)*, en utilisant le formulaire *Commande de formulaires n° 1491*. Les renseignements à fournir sur la demande de paiement sont ceux exigibles en vertu de la loi, des règlements et de l'entente et nécessaires à son appréciation en vue d'en effectuer le paiement.

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

- Écrire les renseignements lisiblement, de préférence à la **machine à écrire** ou en **lettres moulées**

- Toute erreur ou omission (date, rôle, etc.) dans la rédaction de votre demande de paiement peut entraîner son annulation.

- Inscrire les dates selon le système international, c'est à dire **année, mois, jour**, en utilisant toujours deux chiffres. Ainsi le 15 mars 2003 s'écrit 03-03-15.

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

3.1 DESCRIPTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

La demande de paiement comporte dix sections

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

1. PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SEQUENTIEL DE LA CARTE

2. DATE DE NAISSANCE
ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

3. INT. NOM DU MÉDECIN
NUMÉRO GROUPE

4. PROFESSIONNEL RÉFÉRANT
SON NUMÉRO

5. CODE

6. ACTES
R | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

7. DATE DE L'ACCIDENT
ANNÉE | MOIS | JOUR

8. VISITES
CODE | NOMBRE

9. TOTAL

10. SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

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

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

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

d) AVEC PHOTO, SANS SIGNATURE



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

3.2.1.4 Vérification de la carte (validité)

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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

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

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

2- Vérification de la date d'expiration

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

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

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

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

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

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

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

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

Naissances multiples :

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

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

- # - inscrire sur la demande de paiement **tous les éléments** de l'identité de la personne assurée (prénom et nom complets, **ne pas inscrire** les initiales, date de naissance, sexe et adresse);
- inscrire le numéro d'assurance sociale, si disponible, dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;
- inscrire la lettre « **D** » dans la case C.S.

c) La personne assurée est admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (établissement codé 0XXX4, 0XXX5, 1XXX5 ou 2XXX5) ou un centre de réadaptation (établissement codé 1XXX3 ou 4XXX9), à la section 4.6.4, sous-section II, Système de codification des établissements :

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

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

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

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

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

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

2- Dans tous les autres cas :

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

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

Voir la section 3.2.4.2 sous le présent onglet.

3.2.2 SECTION 2 MÉDECIN AYANT FOURNI LES SERVICES ASSURÉS

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 292 0989

PRENOM ET NOM A LA NAISSANCE
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE
DATE DE NAISSANCE
ANNÉE MOIS JOUR I SEXE
ADRESSE
INIT NOM DU MÉDECIN NUMÉRO GROUPE
R UNTEL 1891231
PROFESSIONNEL REFERANT SON NUMÉRO ANNÉE MOIS JOUR
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CODE DU DIAGNOSTIC
DATE DE L'ACCIDENT ANNÉE MOIS JOUR VISITES CODE NOMBRE
TOTAL

SPÉCIMEN EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

Cette identification comporte les éléments suivants :

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

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

L'identification du médecin ne doit comporter aucune erreur.

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

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

Addendum 8 - Règle 9

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		0 9 1 1 0 1		0 5 2 6 9 2 0 3 7 0 0 5	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		UNITÉS	
ADRESSE		CODE POSTAL		71 25	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		DATE DE L'ACCIDENT	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		VISITES	
Début : 9 h 30		Fin : 11 h 45		TOTAL	
Remplacement à 10 h 45		EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		71 25	
ÉTABLISSEMENT		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
CODE		ANNÉE MOIS JOUR		ANNÉE MOIS JOUR	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE					

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

Dans l'exemple :

16 unités totales - 11 unités du prédécesseur = 5 unités pour le remplaçant
Celui-ci doit inscrire le modificateur **037**.

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

3.2.6.4 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie et Règle 12 de l'Addendum 8(Règles 14.3 et 14.5 - *Préambule général*)**GÉNÉRALITÉS :**

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

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

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

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

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

(*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

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

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

(*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

Exemples de facturation des soins d'urgence en anesthésiologie

EXEMPLE 1

Anesthésie débutant et finissant durant la même période de majoration

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		ACTES	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR PH		CODE	
ADRESSE		ANNÉE MOIS JOUR		2017022	
DATE DE NAISSANCE		ANNÉE MOIS JOUR		091101	
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO		05456	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC		UNITÉS	
Début : 3 h		Fin : 6 h		783,75	
CODE		DATE D'ENTRÉE		DATE DE SORTIE	
0,2,1,3,3		0,9,1,0,3,1			
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		TOTAL		783,75	

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

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

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05456 = 6 unités de base

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

Total des unités = 6 unités de base + 16 unités de durée = 22 unités

Honoraires = (22 X 14,25 \$) majoré de 150 % (MOD=017) = 783,75 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

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

#

[illegible]

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

Codes 04529 = 18 unités de base

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

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

Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
7 h à 8 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	14,25 \$	919	15 %	360,53 \$
7 h à 15 h (8 h à 15 h)	69	69 - 4 = 65 unités	14,25 \$	098	-	926,25 \$
7 h à 18 h (15 h à 18 h)	105	105 - 69 = 36 unités	14,25 \$	225	15 %	589,95 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 6

Facturation en rémunération mixte non en urgence

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes.

1^{re} demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec											
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE	MOS	JOUR	PAI	CODE	ACTES	MOI	UNITES	HONORAIRES			
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				0	9	1	1	0	2	2	04529	2919022	360'53		
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE	MOS	JOUR	PAI	CODE	ACTES	MOI	UNITES	HONORAIRES			
ADRESSE				0	9	1	1	0	2	2	04529	2116029	289'28		
INT. NOM DU MÉDECIN				0	9	1	1	0	2	3	04529	2116036	359'10		
NUMÉRO				GROUPE				DATE DE L'ACCIDENT		VISITES		CODE	NOMBRE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO				ANNÉE		MOS	JOUR				
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC											
Début : 7 h															
Fin : 18 h															
ÉTABLISSEMENT				DATE D'ENTRÉE				DATE DE SORTIE							
CODE				ANNÉE				MOS	JOUR	ANNÉE				MOS	JOUR
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS												TOTAL		1 008'90	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE															

2^e demande de paiement

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec											
PRENOM ET NOM À LA NAISSANCE				ANNÉE	MOS	JOUR	PAI	CODE	ACTES	MOI	UNITES	HONORAIRES			
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE				0	9	1	1	0	2	3	04529	2227024	393'30		
DATE DE NAISSANCE				ANNÉE	MOS	JOUR	PAI	CODE	ACTES	MOI	UNITES	HONORAIRES			
ADRESSE				0	9	1	1	0	2	4	04529	2227012	196'65		
INT. NOM DU MÉDECIN				NUMÉRO				DATE DE L'ACCIDENT		VISITES		CODE	NOMBRE		
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT				SON NUMÉRO				ANNÉE		MOS	JOUR				
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES				CODE DU DIAGNOSTIC											
Début : 7 h															
Fin : 18 h															
ÉTABLISSEMENT				DATE D'ENTRÉE				DATE DE SORTIE							
CODE				ANNÉE				MOS	JOUR	ANNÉE				MOS	JOUR
JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS												TOTAL		589'95	
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE															

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

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

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

Codes 04529 = 18 unités de base

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

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

PH	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
2	7 h à 8 h	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	14,25 \$	919	15 %	360,53 \$
2	7 h à 12 h (8 h à 12 h)	33	33 - 4 = 29 unités	14,25 \$	116	--	289,28 \$*
3	7 h à 15 h (12 h à 15 h)	69	69 - 33 = 36 unités	14,25 \$	116	--	359,10 \$*
3	7 h à 17 h (15 h à 17 h)	93	93 - 69 = 24 unités	14,25 \$	227	15 %	393,30 \$
4	7 h à 18 h (17 h à 18 h)	105	105 - 93 = 12 unités	14,25 \$	227	15 %	196,65 \$

* Calculé selon le tableau des suppléments d'honoraires

CONSULTATION ET EXAMEN

NÉPHROLOGIE

Pour les actes de dialyse effectués en téléhémodialyse dans des centres reconnus **MOD=170**

MÉDECINE D'URGENCE

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence :
(voir la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)
- Week-end et les jours fériés, de 8 h à minuit **MOD=181**
- Tous les jours incluant les jours fériés de minuit à 7 h **MOD=182**
- Tous les jours incluant les jours fériés de minuit à 8 h pour le médecin
qui assume le quart de travail de nuit **MOD=182**
- Lundi au vendredi, de 16 h à minuit **MOD=183**

MÉDECINE D'URGENCE

Majoration d'honoraires pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle
d'urgence : (voir la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)
- Week-end et les jours fériés, de 7 h à 19 h **MOD=184**

MÉDECINE D'URGENCE

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés **ailleurs**
qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine
d'urgence est appelé pour une urgence :
(voir la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)
- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19 h à minuit **MOD=185**
- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h **MOD=186**

MÉDECINE D'URGENCE

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

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

PÉDIATRIE

RÈGLE 6 DE L'ADDENDUM 2

Majoration d'honoraires en pédiatrie pour la première visite auprès
d'un patient dans une unité de soins intensifs **MOD=199**

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

TABLEAU D'HONORAIRES

Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs
pontages artériels ou de fistules artério-veineuses **MOD=016**

TABLEAU D'HONORAIRES

Lorsqu'une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées
à la même séance **MOD=068**

TABLEAU D'HONORAIRES

Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances
neuro-toxiques, ou selon la technique de cryoneurothérapie **MOD=052**

TABLEAU D'HONORAIRES

Rémunération à 90 % de certaines interventions mammaires lorsque
effectuées en contralatéral, à la même séance **MOD=145**

ANESTHÉSIOLOGIE

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 8

Lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise
ou est interrompue **MOD=047**

RÈGLE 9 DE L'ADDENDUM 8

Médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique

MOD=037

RÈGLE 11 DE L'ADDENDUM 8

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

MOD=034

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8

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

MOD=919

RÈGLE 13.1 DE L'ADDENDUM 8

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

MOD=166

RÈGLE 13.2 DE L'ADDENDUM 8

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

MOD=015

RÈGLE 13.3 DE L'ADDENDUM 8

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

MOD=022

TABLEAU D'HONORAIRES

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

MOD=036

CHIRURGIE

RÈGLE 2.2 DE L'ADDENDUM 4

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

MOD=179

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

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

MOD=024

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

Le médecin qui donne les soins post-opératoires

MOD=025

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4

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

MOD=026

RÈGLE 8.1 DE L'ADDENDUM 4

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

MOD=050

RÈGLE 8.4 DE L'ADDENDUM 4

En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire

MOD=122

ANNEXE 38

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

ANNEXE 40

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

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

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

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

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

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

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

Prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue à l' <i>Annexe 29</i>	MOD=121
---	----------------

ANNEXE 42

Pour les soins rendus en vertu de l' <i>Annexe 42</i> par un médecin psychiatre autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte	MOD=127
--	----------------

AUTRES SITUATIONS :

Sites anatomiques différents	MOD=093
Séances différentes, sauf lorsque le modificateur 123 ou 125 s'applique	MOD=094
Sites anatomiques différents et séances différentes	MOD=095

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

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

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

- Rechercher la combinaison appropriée (ex. : 019-050)
- Inscrire le modificateur multiple (ex. : **084**) sur la ligne de service
- Multiplier les honoraires au manuel par la constante, le cas échéant (ex. : 0,66666)
- Inscrire le montant calculé dans la case *HONORAIRES*

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
	005 - 094	200	1,7000
	006 - 094	201	1,7000
	007 - 094	202	1,9000
	009 - 017	700	2,5000
	009 - 018	701	1,7000
	009 - 019	702	1,7000
	009 - 093	080	1,0000
	009 - 094	081	1,0000
	009 - 105	251	1,1500
	009 - 106	252	1,1500
	009 - 107	253	1,6000
	009 - 109	703	1,7000
	009 - 110	704	2,5000
	009 - 111	705	1,7000
#	015 - 115	855	1,2500
#	015 - 115 - 919	355	1,4375
	015 - 116	801	1,2500
#	015 - 116 - 919	356	1,4375
	015 - 130	237	1,2500
	015 - 919	238	1,4375
	015 - 130 - 919	306	1,4375
	017 - 045	223	2,2500
	017 - 050	088	1,2500
	017 - 050 - 093	300	1,2500
	017 - 063	472	3,5000
	017 - 067	478	2,8750
	017 - 068	210	2,2500
	017 - 069	216	1,8750
	017 - 093	617	2,5000
	017 - 094	089	2,5000
#	017 - 094 - 063	852	3,5000
#	017 - 094 - 067	849	2,8750

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
	017 - 122	273	1,8750
	017 - 172	574	1,2500
	017 - 416	464	2,5000
	018 - 045	234	1,5300
	018 - 050	082	0,8500
	018 - 050 - 093	301	0,8500
	018 - 063	473	2,3800
	018 - 067	479	1,9550
	018 - 068	211	1,5300
	018 - 069	217	1,2750
	018 - 093	618	1,7000
	018 - 094	083	1,7000
#	018 - 094 - 063	853	2,3800
#	018 - 094 - 067	850	1,9550
	018 - 122	274	1,2750
	018 - 172	577	0,8500
	018 - 416	465	1,7000
	019 - 045	235	1,5300
	019 - 050	084	0,8500
	019 - 050 - 093	302	0,8500
	019 - 063	474	2,3800
	019 - 067	480	1,9550
	019 - 068	212	1,5300
	019 - 069	218	1,2750
	019 - 093	619	1,7000
	019 - 094	085	1,7000
#	019 - 094 - 063	854	2,3800
#	019 - 094 - 067	851	1,9550
	019 - 122	275	1,2750
	019 - 172	578	0,8500
	019 - 416	466	1,7000
#	022 - 094	845	1,2500
	022 - 109	254	2,1250
	022 - 110	255	3,1250
	022 - 111	256	2,1250
	022 - 112	450	2,1250
	022 - 113	451	3,1250
	022 - 114	452	2,1250

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
	022 - 115	453	1,2500
	022 - 115 - 919	310	1,4375
	022 - 116	802	1,2500
	022 - 116 - 919	311	1,4375
	022 - 919	209	1,4375
	037 - 109	550	1,7000
	037 - 110	551	2,5000
	037 - 111	552	1,7000
	037 - 112	553	1,7000
	037 - 113	554	2,5000
	037 - 114	555	1,7000
	037 - 115	556	1,0000
#	037 - 115 - 919	856	1,1500
	037 - 116	557	1,0000
#	037 - 116 - 919	857	1,1500
	037 - 919	558	1,1500
	042 - 094	206	0,2000
	045 - 060	236	1,1250
	045 - 109	293	1,5300
	045 - 110	294	2,2500
	045 - 111	295	1,5300
	050 - 075	087	0,3750
	050 - 093	086	0,5000
	050 - 093 - 109	303	0,8500
	050 - 093 - 110	304	1,2500
	050 - 093 - 111	305	0,8500
	050 - 109	239	0,8500
	050 - 110	240	1,2500
	050 - 111	241	0,8500
	050 - 117	248	0,5000
	050 - 121	665	0,5000
	050 - 181	667	0,6666
	050 - 182	670	0,7500
	050 - 183	673	0,6666
	050 - 184	676	0,6666
	050 - 185	679	0,8500
	050 - 186	682	1,2500
	050 - 188	687	0,5000
	050 - 189	659	0,5000

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
#	063 - 094	846	1,4000
	063 - 109	475	2,3800
	063 - 110	476	3,5000
	063 - 111	477	2,3800
#	065 - 076	288	1,1500
#	067 - 094	847	1,1500
	067 - 109	481	1,9550
	067 - 110	482	2,8750
	067 - 111	483	1,9550
	068 - 109	213	1,5300
	068 - 110	214	2,2500
	068 - 111	215	1,5300
	069 - 109	219	1,2750
	069 - 110	220	1,8750
	069 - 111	221	1,2750
	074 - 105	250	1,1500
	093 - 094	095	1,0000
	093 - 109	620	1,7000
	093 - 110	621	2,5000
	093 - 111	622	1,7000
	093 - 122	279	0,7500
	093 - 125	523	0,7500
	093 - 169	524	+127,80 \$ (*)
	093 - 188	689	1,0000
	094 - 109	242	1,7000
	094 - 110	243	2,5000
	094 - 111	244	1,7000
	094 - 117	249	1,0000
	094 - 121	666	1,0000
	094 - 127	222	1,0000
	094 - 136	286	1,5000
	094 - 137	287	1,5000
	094 - 172	573	0,5000
	094 - 178	639	1,0000
	094 - 179	647	1,0000
	094 - 181	669	1,3333
	094 - 182	672	1,5000

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

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
094 - 183	675	1,3333
094 - 184	678	1,3333
094 - 185	681	1,7000
094 - 186	684	2,5000
094 - 188	688	1,0000
094 - 199	454	+75,00 \$ (*)
094 - 416	467	1,0000
098 - 919	225	1,1500
108 - 117	266	1,3333
108 - 121	267	1,3333
109 - 117	245	1,7000
109 - 122	276	1,2750
109 - 166	837	2,5500
109 - 172	591	0,8500
109 - 416	468	1,7000
110 - 117	246	2,5000
110 - 122	277	1,8750
110 - 166	838	3,7500
110 - 172	592	1,2500
110 - 416	469	2,5000
111 - 117	247	1,7000
111 - 122	278	1,2750
111 - 166	839	2,5500
111 - 172	593	0,8500
111 - 416	470	1,7000
112 - 166	840	2,5500
113 - 166	841	3,7500
114 - 166	842	2,5500
115 - 166	843	1,5000
115 - 919	226	1,1500
116 - 919	227	1,1500
116 - 166	800	1,5000
117 - 172	594	0,5000
117 - 199	459	+75,00 \$ (*)

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (facteurs de multiplication)
	121 - 184	699	1,3333
	121 - 185	663	1,7000
	121 - 186	664	2,5000
	130 - 919	224	1,1500
	166 - 919	844	1,7250
#	166 - 115 - 919	378	1,7250
#	166 - 116 - 919	379	1,7250
	179 - 199	463	+75,00 \$ (*)
	181 - 187	694	1,3333
	182 - 187	695	1,5000
	183 - 187	696	1,3333
	184 - 189	656	1,3333
	185 - 189	657	1,7000
	186 - 189	658	2,5000
	195 - 416	471	1,3000
#	919 - 094	848	1,1500
Autres combinaisons			099
			à calculer

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

ANNEXE III

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

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement
- C :**
- Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an;
 - ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés;
 - ou âgée de plus de 14 ans, mais de moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale.
- D :** Personne assurée requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie
- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au per diem devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'*Annexe 15*)
- # J :** Personne soumise au délai de carence prévu dans le *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie*, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la Régie à la demande du MSSS.
- Les situations d'exception sont les suivantes :
- personne victime de violence conjugale, familiale ou d'agression sexuelle;
 - personne requérant des soins et suivis reliés à une grossesse, un accouchement ou une interruption de grossesse;
 - personne aux prises avec des problèmes de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.
- K :** Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) composé de six chiffres qui doit être inscrit dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- N :**
- Demande d'honoraire additionnel (voir la Règle 16 du *Préambule général*)
 - Lorsque les lettres *C.S.* sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires
- Q :** Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour**, au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « Q » doit être inscrite dans la case *C.S. sur la deuxième demande de paiement* et ses subséquentes (voir la section 3.2.7.1 *Lettre Q - Exemples de facturation d'une suite de traitement*, sous le présent onglet).

- R** : Personne assurée sous respirateur dans une unité de soins de néonatalogie
- S** : Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST
- W** : Services rendus dans le cadre du programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

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

ANNEXE IV

NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC

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

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

C- CENTRES HOSPITALIERS HORS PROVINCE

• Terre-Neuve	09009
• Nouvelle-Écosse	09019
• Ile-du-Prince-Edouard	09029
• Nouveau-Brunswick	09039
• Ontario	09049
• Manitoba	09059
• Alberta	09069
• Saskatchewan	09079
• Colombie-Britannique	09089
• Territoires du Nord-Ouest	09099
• Yukon	09109

* Exceptions à la codification du numéro

Localités	Codes	Localités	Codes
Abercorn	63806 0	Bécancour	63330 1
Acton Vale	64011 0	Bedford	65424 0
Adstock	62448 1	Bégin	69458 2
Aguanish	69704 6*	Belcourt	68411 5*
Akulivik	69870 6*	Bellecombe	68833 5*
Akwesasne (Réserve indienne)	66881 0	Belle-Rivière (Lac Saint-Jean-Est)	69390 3*
Albanel	69049 4*	Belleterre	68308 5*
Alleyn-et-Cadwood	68022 4	Beloeil	65701 0
Alma	69325 3*	Berry	68477 5*
Amherst	67559 0	Berthier-sur-Mer	61422 1
Amos	68430 5*	Berthierville	64906 0
Amqui	60514 4*	Béthanie	63926 0
Ange-Gardien (Rouville)	65202 0	Biencourt	60702 4*
Angliers	68324 5*	Blainville	66308 0
Anjou	66552 0	Blanc-Sablon	69753 6*
Armagh	61512 0	Blue-Sea	67836 4*
Arntfield	68340 5*	Boisbriand	66312 0
Arundel	67436 0	Boischatel (La Côte-de-Beaupré)	61714 0
Asbestos	63532 0	Bois-des-Filion	66306 0
Ascot-Corner	63606 0	Bois-Franc	67846 4*
Aston-Jonction	63306 1	Bolton-Est	63809 0
Auclair	60906 4*	Bolton-Ouest	63816 0
Audet	62412 1	Bonaventure	60419 5*
Aumond	67844 4*	Bonne-Espérance	69755 6*
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864 6*	Bonsecours	63916 0
Austin	63812 0	Boucher	63249 1
Authier	68448 5*	Boucherville	65612 0
Authier-Nord	68473 5*	Bouchette	67833 4*
Ayer's Cliff	63732 0	Bowman	67558 1
Baie-Atibenne (Maskinongé)	64794 0	Brébeuf	66378 0
Baie-Comeau	69733 5*	Brigham	63824 0
Baie-de-la-Bouteille (Matawinie)	64791 0	Bristol	68006 4*
Baie-des-Chaloupes (Antoine- Labelle)	66192 4*	Brome	63819 0
Baie-des-Sables	60628 4*	Bromont	63830 0
Baie-d'Hudson	69897 6*	Brossard	66610 0
Baie-du-Febvre	64220 1	Brownburg-Chatham	67412 0
Baie-d'Urfe	66519 0	Bryson	68016 4*
Baie-James (sauf Joutel)	69802 6*	Bury	62531 0
Baie-Johan-Beetz	69703 6*	Cacouna	60831 3*
Baie-Obaoca-Lac-Cabasta (Matawinie)	64396 0	Cacouna (Réserve indienne)	60881 3*
Baie-Sainte-Catherine	69748 1	Cadillac	68407 5*
Baie-Saint-Paul	61212 1	Calixa-Lavallée	65714 0
Baie-Trinité	69721 5*	Campbell's Bay	68019 4*
Barkmere	67434 0	Candiac	66612 0
Barnston-Ouest	63709 0	Caniapiscau	69893 5*
Barraute	68418 5*	Cantley	68001 1
Batiscan	63204 1	Cap-Chat	60317 5*
Beaconsfield	66518 0	Caplan	60422 5*
Bearn	68306 5*	Cap-Saint-Ignace	61414 1
Beauceville	62340 1	Cap-Santé	62919 0
Beauharnois	67006 0	Carignan	65602 0
Beaulac-Garthby	62624 1	Carleton-Sur-Mer	60435 5*
Beaupré	61708 0	Cascades-Malignes (Vallée-de- la-Gatineau)	67892 4*
Beaux-Rivages-Lac-des- Écorces-Val-Barrette	67634 4*	Cascapédia	60428 5*
		Causapsal	60506 4*
		Cayamant	68026 4*
		Chambly	65605 0

Chambord.....	69010	3*	Deux-Montagnes	67304	0
Champlain	63205	1	Disraeli.....	62634	1
Champneuf.....	68412	5*	Dixville.....	63706	0
Chandler.....	60209	5*	Dolbeau-Mistassini.....	69038	4*
Chapais.....	69806	5*	Dollard-des Ormeaux.....	66538	0
Charette.....	64328	1	Doncaster.....	66381	0
Charlemagne.....	66202	0	Donnacona.....	62907	0
Charny.....	62126	0	Dorval.....	66512	0
Chartierville.....	62504	0	Dosquet.....	62814	1
Châteauguay.....	66917	0	Drummondville.....	64137	1
Château-Richer.....	61711	0	Dudswell.....	62601	0
Chazel (Abitibi-Ouest).....	68459	5*	Duhamel (Papineau).....	67552	1
Chelsea.....	67808	1	Duhamel-Ouest (Témiscamingue).....	68303	5*
Cheneville.....	67551	1	Dundee.....	66811	0
Chertsey.....	66119	0	Dunham.....	65415	0
Chesterville.....	63405	1	Duparquet.....	68442	5*
Chibougamau.....	69804	5*	Dupuy.....	68464	5*
Chichester.....	68038	4*	Durham-Sud.....	64110	1
Chicoutimi.....	69420	2	East Angus.....	62534	0
Chisasibi.....	69842	6*	East Broughton.....	62364	1
Chute-aux-Outardes.....	69726	5*	East Farnham.....	63826	0
Chute-Saint-Philippe.....	67642	4*	East Hereford.....	62501	0
Clarendon.....	68008	4*	Eastmain.....	69838	6*
Clermont (Abitibi-Ouest).....	68472	5*	Eastman.....	63901	0
Clermont (Charlevoix-Est).....	61109	1	Egan-Sud.....	67841	4*
Clerval.....	68458	5*	Elgin.....	66809	0
Cleveland.....	63526	0	Entrelacs.....	66122	0
Cloridorme.....	60248	5*	Escuminac.....	60439	5*
Cloutier.....	68325	5*	Esprit-Saint.....	60715	4*
Coaticook.....	63711	0	Evain.....	68337	5*
Collines-du-Basque (Côte-de- Gaspé).....	60398	5*	Farnham.....	65434	0
Colombier.....	69728	5*	Fassett.....	67501	1
Compton.....	62514	0	Ferland-et-Boilleau.....	69405	2
Contrecoeur.....	65725	0	Ferme-Neuve.....	67646	4*
Cookshire-Eaton et Newport.....	62523	0	Fermont.....	69761	5*
Côteau-du-Lac.....	67107	0	Forestville.....	69730	5*
Côte-Nord-du-Golfe- du-Saint-Laurent.....	69751	6*	Fort-Coulonge.....	68029	4*
Côte-Saint-Luc.....	66508	0	Fortierville.....	62842	1
Coucoucache (Réserve indienne)...	63281	4	Fort-Rupert (Waskagheganish).....	69834	6*
Coulée-des-Adolphe (Denis- Riverin).....	60699	5*	Fossambault-sur-le-Lac.....	62911	0
Courcelles.....	62439	1	Franklin (Le Haut St-Laurent).....	66807	0
Cowansville.....	65416	0	Franquelin (Manicouagan).....	69727	5*
Crabtree.....	65808	0	Frelighsburg.....	65403	0
D'Alembert.....	68440	5*	Frontenac.....	62404	1
Danville.....	63531	0	Fugereville.....	68311	5*
Daveluyville.....	63449	1	Galichan.....	68444	5*
Degelis.....	60901	4*	Gaspé.....	60230	5*
Deléage.....	67839	4*	Gatineau.....	67905	1
Delisle.....	69330	3*	Girardville.....	69054	4*
Delson.....	66616	0	Godbout.....	69722	5*
Denholm.....	67819	4	Godmanchester.....	66814	0
Dépôt-Échouani (La Vallée-de- la-Gatineau).....	64998	4	Gore.....	67419	0
Desbiens.....	69311	3*	Granby.....	63912	0
Deschailions-sur-Saint-Laurent.....	62848	1	Grande-Rivière.....	60213	5*
Deschambault-Grondines.....	62929	0	Grandes-Piles.....	63244	1
Destor.....	68443	5*	Grande-Vallée.....	60251	5*
			Grand-Lac-Victoria (Vallée-de- L'Or).....	68479	5*
			Grand'Mère.....	63240	1
			Grand-Métis.....	60634	4*

Linton (Portneuf)	62996	0	Montebello	67504	1
Listugui (Restigouche).....	60482	5*	Mont-Élie (Charlevoix Est)	61190	1
Litchfield	68014	4*	Mont-Joli	60721	4*
Lochaber	67511	1	Mont-Laurier	67640	4*
Lochaber-Partie-Ouest	67514	1	Mont-Label	60728	4*
Longue-Pointe	69705	5*	Montmagny	61417	1
Longueuil	65615	0	Montpellier	67554	1
Lorraine	66304	0	Montréal	66546	0
Lorrainville	68316	5*	Montréal-Est	66556	0
Lotbinière	62855	1	Montréal-Nord	66554	0
Louiseville	64702	1	Montréal-Ouest	66504	0
Low	67821	4	Mont-Royal	66531	0
Lyster	62753	1	Mont-Saint-Grégoire	65314	0
Macamic	68451	5*	Mont-Saint-Hilaire	65227	0
Maddington	63446	1	Mont-Saint-Michel	67649	4*
Magog	63736	0	Mont-Saint-Pierre	60306	5*
Malartic	68405	5*	Mont-Tremblant	66374	0
Maliotenam (Réserve indienne)	69786	5*	Mont-Valin	69495	2
Maniwaki	67842	4*	Morin-Heights	67428	0
Manouane (Réserve indienne)	64781	0	Mulgrave-et-Derry	67539	1
Manseau	63309	1	Murdochville	60301	5*
Mansfield-et-Pontefract	68028	4*	Namur	67545	1
Maple Grove	67008	0	Nantes	62416	1
Maria	60429	5*	Napierville	66702	0
Maricourt (Le Val-Saint-François)	63934	0	Natashquan	69702	6*
Marieville	65212	0	Nedelec	68329	5*
Marsoui	60311	5*	Nemiscou (Nemaska)	69830	6*
Marston	62411	1	Neuveville	62904	0
Martinville	62512	0	New Carlisle	60418	5*
Mascouche	66208	0	New Richmond	60426	5*
Mashteuiatsh (Réserve indienne)	69081	3*	Nicolet	63364	1
Maskinongé	64706	1	Normandin	69045	4*
Massueville	65004	1	Normetal	68474	5*
Matagami et Joutel	69811	5*	North Hatley	63729	0
Matane	60608	4*	Notre-Dame-Auxiliatrice-de- Buckland	61508	0
Matapédia	60448	5*	Notre-Dame-de-Bon-Secours- Partie-Nord (Papineau)	67502	1
Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or)	68492	5*	Notre-Dame-de-Ham	62629	1
Matimekosh-Lac John (Rés. ind.) ...	69882	5*	Notre-Dame-de-la-Merci	66124	0
Mayo	67531	1	Notre-Dame-de-la-Paix	67524	1
McMasterville	65704	0	Notre-Dame-de-la-Salette	67535	1
McWatters	68323	5*	Notre-Dame-de-l'Île-Perrot	67203	0
Melbourne	63516	0	Notre-Dame-de-Lorette	69058	4*
Melocheville	67009	0	Notre-dame-de-Lourdes (Joliette) ...	65818	0
Mercier	66916	0	Notre-Dame-de-Lourdes (L'Érable) ..	62751	1
Messines	67838	4*	Notre-Dame-de-Montauban	62963	1
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	69310	3*	Notre-Dame-de-Pontmain	67612	4*
Métis-sur-Mer	60629	4*	Notre-Dame-des-Bois	62402	1
Milan	62418	1	Notre-Dame-des-Monts	61119	1
Mille-Isles	67421	0	Notre-Dame-des-Neiges-des- Trois-Pistoles	60819	4*
Mingan (Réserve indienne)	69784	5*	Notre-Dame-des-Pins	62334	1
Mirabel	67325	0	Notre-Dame-des-Prairies	65816	0
Mistissini	69825	6*	Notre-Dame-des-Sept-Douleurs	60838	3*
Moffet	68321	5*	Notre-Dame-de-Stanbridge	65431	0
Mont-Albert (Denis-Riverin)	60399	5*	Notre-Dame-du-Bon-Conseil	64124	1
Mont-Alexandre (Pabok)	60298	5*	Temiscouata-sur-le-Lac	60910	4*
Mont-Apica (Lac Saint-Jean Est)	61299	3	Notre-Dame-du-Laus	67602	4*
Montbeillard	68339	5*	Notre-Dame-du-Mont-Carmel	63228	1
Montcalm	67432	0			
Mont-Carmel	61006	3*			
Montcerf-Lytton	67848	4*			

Notre-Dame-du-Nord.....	68326	5*	Port-Daniel-Gascons	60401	5*
Notre-Dame-du-Portage	60836	3*	Portneuf	62924	0
Notre-Dame-du-Rosaire	61411	1	Portneuf-sur-Mer	69732	5*
Notre-Dame-du-Sacré-Coeur- d'Issoudun.....	62832	1	Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo).....	69845	6*
Nouvelle.....	60438	5*	Potton	63801	0
Noyan	65412	0	Poularies	68439	5*
Obedjiwan (Le Haut-Saint-Maurice)	68491	6*	Preissac.....	68427	5*
Obedjiwan (Réserve indienne).....	68482	6*	Prévost.....	66335	0
Odanak	64281	1	Price	60636	4*
Ogden.....	63719	0	Princeville	63428	1
Oka	67311	0	Puvirnituk (Baie-d'Hudson).....	69895	6*
Orford	63614	0	Quaqtaq (Baie d'Ungava)	69868	6*
Ormstown	66926	0	Québec	62014	0
Otterburn Park	65224	0	Racine	63921	0
Outremont.....	66529	0	Ragueneau	69724	5*
Packington.....	60902	4*	Rapide-Danseur	68447	5*
Padoue	60541	4*	Rapides-des-Cèdres (Rouyn- Noranda)	68391	5*
Pakuashipi (Réserve indienne).....	69780	5*	Rapides-des-Joachims	68041	4*
Palmarolle	68454	5*	Rawdon	66116	0
Papineauville	67508	1	Rémigny	68330	5*
Parent	63272	6*	Repentigny	66206	0
Parisville	62844	1	Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or).....	68095	5*
Paspébiac.....	60412	5*	Richelieu.....	65216	0
Passes-Dangereuses (Maria- Chapelaine).....	69099	4*	Richmond	63528	0
Percé	60220	5*	Rigaud	67232	0
Péribonka.....	69026	4*	Rimouski	60739	4*
Pessamit (Réserve indienne).....	69788	5*	Ripon	67538	1
Petite-Rivière-Saint-François	61214	1	Ristigouche-Partie-Sud-Est	60444	5*
Petite-Vallée	60249	5*	Rivière-à-Claude.....	60308	5*
Petit-Lac-Sainte-Anne (Kamouraska)	61094	3*	Rivière-à-Pierre	62959	0
Petit-Mécatina (Côte-Nord-du- Golfe-Saint-Laurent)	69791	5*	Rivière-au-Tonnerre	69708	5*
Petit-Saguenay	69401	2	Rivière-aux-Outardes (Manicouagan)	69796	5*
Picard (Kamouraska).....	61092	3*	Rivière-Beaudette.....	67119	0
Piedmont.....	66336	0	Rivière-Bleue	60915	4*
Pierrefonds	66542	0	Rivière-Bonaventure	60495	5*
Pierreville	64222	1	Rivière-Bonjour (Matane).....	60698	4*
Pikogan (Réserve indienne)	68484	5*	Rivière-de-la-Savane (Mékinac)	64393	1
Pincourt	67208	0	Rivière-du-Loup.....	60834	3*
Pintendre	62111	0	Rivière-Éternité	69403	2
Piopolis	62408	1	Rivière-Héva	68417	5*
Plaisance	67509	1	Rivière-Koksoak (Tarpangajuk)	69896	6*
Plessisville	62749	1	Rivière-Mistassini (Maria- Chapelaine).....	69093	4*
Pohénégamook.....	61003	4*	Rivière-Mouchalagane (Sept- Rivières-Caniapiscau)	69799	5*
Pointe-à-la-Croix	60443	5*	Rivière-Nipissis (Sept-Rivières- Caniapiscau)	69794	5*
Pointe-au-Père	60736	4*	Rivière-Nouvelle (Avignon).....	60499	5*
Pointe-aux-Outardes.....	69725	5*	Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest).....	68489	5*
Pointe-Calumet	67309	0	Rivière-Ouelle	61034	3*
Pointe-Claire	66514	0	Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia)	60792	4*
Pointe-des-Cascades	67104	0	Rivière-Rouge et la Macaza	67618	4*
Pointe-Fortune	67234	0	Rivière-Saint-Jean	69707	5*
Pointe-Label.....	69723	5*	Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé).....	60299	5*
Ponsonby.....	67544	1	Rivière-Vaseuse.....	60592	4*
Pontiac	68003	4	Rivière-Windigo (Le Haut-		
Port-Rouge.....	62918	0			
Portage-du-Fort.....	68018	4*			
Port-Cartier	69717	5*			

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

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

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

Pour toute demande de révision, utiliser le formulaire *Demande de révision n° 1549* et l'expédier à l'adresse indiquée sur le formulaire.

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

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

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

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

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

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

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

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé

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

- 207** Afin de recevoir paiement pour des services rendus à des Québécois hors du Québec, vous devez avoir signé une demande d'adhésion au régime d'assurance maladie du Québec en tant que professionnel hors Québec. Notre service d'assistance aux professionnels peut vous fournir des renseignements à ce sujet.
- 209** Nous n'avons pas reçu de confirmation à l'effet qu'à la date des services rendus, vous déteniez des privilèges d'exercice dans l'établissement où ces services ont été rendus. Veuillez vous assurer qu'une telle confirmation nous soit transmise et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 210** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous n'êtes pas détenteur d'un certificat en électroencéphalographie et si vous n'êtes pas qualifié également en neurochirurgie.
- 211** Honoraires payés directement au professionnel parce qu'il n'est pas inscrit au compte administratif (groupe) dont le numéro figure sur la demande de paiement.
- 212** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) est illisible.
- 213** Honoraires payés directement au professionnel parce que le numéro du compte administratif (groupe) ne figure pas à nos fichiers.
- 214** Conformément à la *Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1)*, l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré en l'absence du numéro du compte administratif (groupe) qui a été attribué par la Régie au Pool de dépannage-régions. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 215** Conformément à la *Lettre d'entente 49 (Brochure n° 1)*, l'acte pour lequel vous demandez paiement ne peut être rémunéré au Pool de dépannage-régions étant donné que l'établissement n'est pas un de ceux visés à l'annexe de la lettre d'entente. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 216** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte si vous ne détenez pas de privilèges de pratique en ultrasonographie et si vous n'êtes pas qualifié également dans la spécialité permise pour cet acte (réf. : *Addendum 8 – Ultrasonographie et Protocole II*, Règles 8 ou 9 ou notes au tarif, *Annexe 5*, tarif de la médecine de laboratoire).
- 217** Seuls les médecins ayant droit au tarif du per diem, selon les conditions établies aux articles 1.2 ou 1.3 de l'*Annexe 15* ou à la *Lettre d'entente A-96, 98 (Brochure n° 1)*, peuvent demander 20 % des honoraires à l'acte (modificateur 042) pour les services médicaux ou médico-administratifs visés à l'*Annexe 24* dispensés entre 7 heures et 19 heures dans un centre hospitalier désigné ou situé dans une région désignée.
- 218** Les services facturés ont été fournis alors que vous étiez inadmissible à recevoir paiement de la Régie (réf. : *Annexe 26 ou 33*, article 2.4 ou *Lettre d'entente n° 100*, article 7).
- 219** Conformément à la Règle d'application n° 25, la rémunération de cet acte est comprise dans celle de l'acte indiqué en référence.

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

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

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

- 910** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que la signature du professionnel est absente.
- 911** Demande de remboursement à la personne assurée retournée à cette dernière parce que non rédigée sur le formulaire approprié.
- # 914** Lorsqu'un acte à traitement collectif est facturé, les numéros d'assurance maladie des personnes assurées concernées doivent être inscrits tel qu'indiqué à la section 3.2.4.2 sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 915** Facturation non conforme aux conditions de votre permis restrictif.
- 916** Facturation non conforme aux instructions fournies.
- 917** Cet acte est payable une seule fois par accident de travail ou par récurrence, rechute ou aggravation suite à une consolidation (RRA).
- 920** Une demande de révision doit être rédigée sur le formulaire n° 1549.
- 923** Consécutivement à une appréciation d'ordre administrative, le forfait de la garde multi-établissements réclamé est remplacé par celui de la garde locale (art. 7.3 de l'*Annexe 25*).
- 924** Les honoraires de la garde multi-établissements sont non payables. S'il y a lieu, vous pouvez refacturer les honoraires d'une garde locale pour cette discipline et cet établissement au cours de cette journée (art. 7.2 de l'*Annexe 25*).
- 925** À la suite des communications antérieures.
- 926** Ce code d'acte médico-administratif est non payable pour une des raisons suivantes : il n'est pas précédé d'un autre acte médico-administratif qui lui est prérequis ou la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis ou la date d'accident est absente ou erronée.
- 930** Vous n'avez fourni aucune réponse à notre demande de renseignements.
- 933** Révision en cours.
- 934** Les intérêts payés constituent le total des intérêts payables pour la ou les demandes de paiement qui accompagnent votre demande de révision.
- 936** Acte requérant les comptes rendus opératoire et anatomopathologique pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ces documents.
- 937** Acte requérant le compte rendu opératoire pour son évaluation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée de ce document.
- 938** Service déjà réclamé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. Voir le numéro de la demande de paiement en référence.
- 939** En fonction des renseignements contenus dans le compte rendu opératoire, ou obtenus auprès du chirurgien principal, cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation médicale.
- 940** Le numéro d'inscription du professionnel à la Régie qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas sept chiffres, est manquant ou est erroné. Voir la section 3.2.2, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

- 941 Le code de l'établissement qui figure sur votre demande de paiement ne comporte pas cinq chiffres, est manquant ou erroné. Voir la section 3.2.5, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 942 La date des services est manquante, incomplète ou erronée. Voir la section 3.0, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 944 Tout acte dont les honoraires demandés sont de 1 000 \$ ou plus, doit figurer seul dans la section *ACTES* de la demande de paiement. Veuillez corriger et soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 946 Le numéro de la demande de paiement est erroné, illisible ou incomplet. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 950 Conformément à la décision intervenue au terme de l'étude de votre avis de différend.
- 951 Paiement rectifié à la suite d'une étude du service des Enquêtes.
- 952 Paiement rectifié pour faire suite à une lettre qui vous a été transmise par le service des Profils de pratique.
- 959 Données réservées à l'usage de la Régie; ne pas en tenir compte.
- 960 Retourner sous pli séparé avec les renseignements supplémentaires requis.
- 968 En raison de la règle 1 (règle 2 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'*Addendum 1 - Médecine*, le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence.
- 969 En raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature de l'acte, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'*AVIS*, le code d'acte est **non payable** s'il n'est pas précédé d'un autre acte qui lui est prérequis ou si la présence de l'acte prérequis ne rencontre pas les critères établis selon les éléments précités.
- 970 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les enseignements inscrits à l'*AVIS*.
- 971 Le code d'acte est **non payable ou inclus** dans celui indiqué en référence et *facturé par un autre professionnel*, en raison d'un ou des éléments suivants : le libellé (description) ou la nature respective des actes, les notes au tarif, les procédés techniques ou les renseignements inscrits à l'*AVIS*.
- 972 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 973 **Un seul** des actes de cette rubrique est payable en raison de la note inscrite sous la rubrique du code d'acte. Les honoraires du code d'acte dont le tarif est le plus élevé, sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et *facturé par un autre professionnel*.

2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 23 625 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

2.17 PA 34 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux » sont sujets à un plafonnement d'activités total de trente (30) par jour, pour les deux, à l'exclusion toutefois de ceux accomplis en urgence au sens de la règle 14 du *Préambule général* de l'*Annexe 4* ou de la règle 4 du *Préambule général* de l'*Annexe 5*.

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

Le service médical « Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant » est sujet à un plafonnement d'activités de 25 par semestre.

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

Pour le médecin classé en gastro-entérologie, les services médicaux « Échographie transendoscopique de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum ou d'un organe intra-abdominal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code 08348), « Échographie transendoscopique du canal anal, du rectum, du sigmoïde ou du colon incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie » (code 08365) et « Échographie transendoscopique du canal anal incluant l'endoscopie gastro-entérologique effectuée avec le scope d'échoendoscopie, maximum d'un examen par jour, par patient » (code 08370) sont sujets à un plafonnement d'activités total de deux cent cinquante (250) par semestre, pour les trois. Les services en surplus sont payés au quart du tarif, incluant les suppléments applicables à ces services, le cas échéant.

Toutefois, ces services médicaux ne sont pas visés par ce plafonnement d'activités lorsque dispensés à un malade atteint d'un cancer.

AVIS : *Inscrire le modificateur 178 dans la case MOD pour signifier qu'il s'agit de services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer.*

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Pour le médecin classé en anatomo-pathologie, le service médical « Rencontre intra-disciplinaire à laquelle participent plusieurs pathologistes d'un ou plusieurs hôpitaux, en personne ou par visioconférence, ayant pour but de faire, de confirmer ou de préciser un diagnostic d'un ou plusieurs cas complexes » (code 10053) est sujet à un plafonnement d'activités de 15 par semestre.

Autres plafonnements d'activités

D'autres plafonnements d'activités sont introduits à l'Accord-cadre. Sont notamment considérés comme plafonnements d'activités les plafonnements apparaissant aux addendums 5 et 6 de l'*Annexe 5*.

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE**PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX****3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts**

3.1.1 On applique aux médecins spécialistes classés en santé communautaire, en biochimie et en psychiatrie le plafonnement global de gains de pratique suivant pour chacun des semestres d'une année civile.

Spécialité	Montant
Santé communautaire	202 200 \$
Biochimie	187 000 \$
Psychiatrie	266 800 \$

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

3.1.2 Les honoraires résultant d'actes accomplis en établissement ne sont toutefois pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint. Il en est de même du montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'*Annexe 19*.

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

3.2.1 Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 214 900 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.2.2 Ce plafonnement de gains de pratique ne s'applique toutefois pas aux médecins spécialistes classés en santé communautaire ou en biochimie.

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 188 000 \$ par semestre. Pour le médecin classé en génétique médicale, ce plafonnement est fixé à 237 500 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 333 300 \$ par année civile.

3.2.3 Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains.

- + Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie, au médecin classé en génétique médicale et au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient pas compte des gains de pratique en établissement.

Pour le surplus, le médecin est payé au quart du tarif.

- + **3.2.4** Le montant prévu pour le ressourcement à l'article 3.4 (i) de l'*Annexe 19* n'est toutefois pas sujet à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

- + **3.2.5** Pour le médecin classé en microbiologie, en génétique médicale ou en médecine nucléaire, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du *Préambule général* de l'*Annexe 4* ou de la règle 4 du *Préambule général* de l'*Annexe 5* ne sont pas sujets à ce plafonnement global de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

3.2.6 Aux fins de l'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique *Procréation assistée* de l'*Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie* ou à la rubrique *Urologie – D) Procréation assistée* de l'onglet *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

3.3 Divers

3.3.1 Le médecin spécialiste classé en psychiatrie ne peut être touché que par l'un ou l'autre des plafonnements mentionnés ci-dessus, selon le premier qui trouve application.

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 204 310 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.6 PG 5 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 93 450 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 117 500 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous les rubriques *Hors discipline*, *Divers* et *Chirurgie générale*, exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;
- ii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie*;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler pour fins de diagnostic*.

3.10 PG 9 Médecine interne

Pour le médecin classé en médecine interne, on applique un plafonnement de gains de pratique fixé à 124 870 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques* ainsi que des services apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, à la rubrique *Néphrologie* sous la section *Dialyse*.

Pour le surplus, le médecin est payé à 1 % du tarif.

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

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

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

AVIS : Utiliser le code d'acte 16111;

- Inscrire le rôle 1;

- Les honoraires sont de 67,20 \$;

- Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT.

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

5.5 Le médecin spécialiste qui suit un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, peut demander paiement d'une nouvelle visite principale par trimestre.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans une unité de soins de néonatalogie, un pédiatre peut réclamer, pour un patient sous respirateur, un maximum de cinq (5) unités de visite entre 7 heures et 19 heures; pour un patient qui n'est pas sous respirateur, le maximum est de trois (3) unités de visite entre 7 heures et 19 heures. **(1*) (2*)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

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

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

(1*) Pour les services concernés par la Règle 12 de l'Addendum 8

14.4 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 189 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 126 \$ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 253 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 126 \$ pour le reste de la garde.

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

- Code d'acte 09203 de minuit à 7h;

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

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

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

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients **ou**;

- la facturation des actes avec les modificateurs appropriés posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement.**

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

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

AVIS : *En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année. Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates de célébration déterminées par la Régie qui est retenu (voir à la fin du présent onglet, les noms des jours fériés peuvent différer au tableau des dates fixées par la Régie).*

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

RÈGLE 15.

TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

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

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

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

NUNAVUT

Health Insurance Programs
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut Bag 003
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
Téléphone : 867 645-8004

ONTARIO

Ministère de la santé et des soins de longue durée
Attention : Claims manager
1055 Princess Street, Suite 401
Kingston (Ontario) K7L 5T3
Téléphone : 613 548-6240 ou 613 548-6716
Centre d'information-santé : 1 800 268-1154

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
T. C. Douglas Building
3475, Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6
Téléphone 306 787-3251

TERRE-NEUVE

Newfoundland Medical Care Commission
20 High Street P. O. Box 5000
Grand Fall-Windsor (Terre-Neuve) A2A 2Y4
Téléphone : 709 292-4000

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office, 2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9
Inuvik (T. N.-O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661-0830

YUKON

Department of Health and Social Services
Health Services Branch, P. O. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Téléphone : 867 667-5209

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

ARTICLE 14.5

#	FÊTE LÉGALE	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	<i>Journée nationale des Patriotes</i>	24 mai 2010	23 mai 2011	21 mai 2012
	<i>Fête nationale du Québec</i>	24 juin 2010	24 juin 2011	25 juin 2012
	<i>Fête du Canada</i>	1 ^{er} juillet 2010	1 ^{er} juillet 2011	2 juillet 2012
	<i>Fête du Travail</i>	6 sept. 2010	5 sept. 2011	3 sept. 2012
	<i>Action de grâces</i>	11 octobre 2010	10 octobre 2011	8 octobre 2012
	<i>Veille de Noël</i>	24 déc. 2010	23 déc. 2011	24 déc. 2012
	<i>Fête de Noël</i>	27 déc. 2010	26 déc. 2011	25 déc. 2012
	<i>Lendemain de Noël</i>	28 déc. 2010	27 déc. 2011	26 déc. 2012
	<i>Veille du jour de l'An</i>	31 déc. 2010	30 déc. 2011	31 déc. 2012
	<i>Jour de l'An</i>	3 janvier 2011	2 janvier 2012	1 ^{er} janvier 2013
	<i>Lendemain du jour de l'An</i>	4 janvier 2011	3 janvier 2012	2 janvier 2013
	<i>Vendredi Saint</i>	22 avril 2011	6 avril 2012	29 mars 2013
	<i>Lundi de Pâques</i>	25 avril 2011	9 avril 2012	1 ^{er} avril 2013

INDEX

Page

TARIFICATION DES VISITES

.....	B-3
ADDENDUM 1 - MÉDECINE	B-3
Allergie	B-5
Anesthésiologie	B-8
Biochimie	B-10
Cardiologie	B-12
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-17
# Chirurgie générale	B-21
# Chirurgie orthopédique	B-24
# Chirurgie plastique	B-26
# Dermatologie	B-28
# Endocrinologie	B-32
# Gastroentérologie	B-35
# ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-38
# Génétique médicale	B-39
# Gériatrie	B-42
# Hématologie - oncologie médicale	B-47
# Hygiène publique	B-53
# ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE	B-55
# Médecine d'urgence	B-59
# Médecine interne	B-65
# Médecine nucléaire	B-68
# ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-69
# Microbiologie - Infectiologie	B-71
# Néphrologie	B-77
# Neurochirurgie	B-81
# Neurologie, neuropsychiatrie, électro-encéphalographie	B-84
# Obstétrique - Gynécologie	B-88
# Ophtalmologie	B-96
# Oto-rhino-laryngologie	B-100
# ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-103
# Pédiatrie	B-105
# Physiatrie	B-111
# Pneumologie	B-114
# ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-117
Psychiatrie	B-119
Radio-oncologie	B-126
Rhumatologie	B-129
ADDENDUM 12- SANTÉ COMMUNAUTAIRE	B-132
Santé communautaire	B-134
Urologie	B-139
Hors discipline	B-142
Divers	B-144
EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N ^o 5)	B-146
ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N ^o 6)	B-146

Page

LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N° 64).....	B-148
LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFEC- TUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N° 172)	B-149
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU	B-151
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-151
ANNEXE 30 - ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE.....	B-152
ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	B-153

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale.....	45,00
----	Supplément de consultation 50,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	95,00
09202	Visite de contrôle	17,70

CARDIOLOGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	67,90
----	Supplément de consultation 56,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	124,10
+ 15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	124,10

AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées

09129	Visite de contrôle	29,70
-------	------------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale	72,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	72,10
----	Supplément de consultation 48,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,40

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général

+ 15268	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	120,40
---------	---	--------

AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées

09094	Visite de transfert	72,10
-------	-------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général

09152	Visite de contrôle	31,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	47,70

	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	
16001	première visite	127,30
16002	visite subséquente	31,80

AVIS : Pour le code 16001, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO

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

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	85,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	85,00

09173	Télécommunication par téléscripateur comportant un rapport de consultation au médecin traitant	53,10
09163	Télécommunication avec supervision d'une ultrasonographie cardiaque incluant la rédaction d'un rapport spécifique, supplément pédiatrique (bénéficiaire de moins de 2 ans)	79,60

NOTES :

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

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

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

09221	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	64,70
-------	---	-------

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

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	90,20
-------	---	-------

AVIS : *Avec les codes d'acte 09221 et 09224, inscrire un code d'établissement 0XXX6, correspondant à l'unité coronarienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec, 0XXX9*

00024	Visite de départ	53,10
-------	----------------------------	-------

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT*

R = 1

		R = 1
Externe		
09162	Visite principale.	52,00
----	Supplément de consultation 41,40	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,40
+ 15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	93,40
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées</i>	
09164	Visite de contrôle.	24,90
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque	
16004	première visite	106,10
16005	visite subséquente (maximum 10 par patient, par année civile) .	53,10
	NOTES :	
	1. Les actes codés 16004 et 16005 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.	
	2. Dans les centres hospitaliers désignés par les parties négociantes ci-dessous mentionnés, l'acte codé 16004 peut être demandé par un autre médecin.	
	- CSSS de la Vallée-de-l'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or	
	- CSSS de Sept-Îles - Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Îles	
	- CSSS du Lac-des-deux-Montagnes - Hôpital de Saint-Eustache	
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code 16004, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO</i>	
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	
16006	première visite	127,30
16007	visite subséquente	24,90
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code 16006, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO</i>	
15246	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe cardiaque.	80,00
	Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements)	
	Liste agréée des établissements en cardiologie :	
	- Institut de Cardiologie de Montréal	
	- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	
	- CHUM - Hôpital Notre-Dame	
	- CUSM - Hôpital Royal Victoria	
	- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants	
	- Hôpital Sainte-Justine	

Salle d'urgence		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	123,10
+ 15270	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	123,10

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

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

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	21,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,20

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,40
09148	Visite de contrôle	11,10

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

Établissement :

Évaluation - greffe cardiaque et arythmie :		
09207	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque ou pulmonaire	265,30
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne	106,10

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

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

AVIS : - *Voir la section 3.2.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte*
Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin qui a dirigé le malade
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée pour le paiement de cet acte*
 - *Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement*

15130	Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale	127,30
	Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements).	

Liste agréée des établissements en cardiologie :

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

AVIS : - Voir la section 3.2.3 sous l'onglet Rémunération à l'acte-
 Rédaction de la demande de paiement pour
 l'identification du médecin qui a dirigé le malade.
 - Inscrire le code de diagnostic dans la case appropriée
 pour le paiement de cet acte
 - Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT
 de la demande de paiement

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	52,00
----	Supplément de consultation 41,40	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,40
#15271	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	93,40
#	AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées	
09202	Visite de contrôle	24,90

CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Cabinet privé :

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

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

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

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

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.9

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

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

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

00078	sans instabilité hémodynamique	105,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales.	315,00
Externe		
09162	Visite principale.	38,50
----	Supplément de consultation 43,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09164	Visite de contrôle.	12,60
+	Forfait pour Clinique de chimiothérapie	
+ 15272	Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le chirurgien général a la charge.	600,00

NOTE : Ce forfait est exclusif à toute autre rémunération pendant cette demi-journée. Il est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.

NOTE : Maximum quatre fois par période de quatorze jours

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

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

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :****AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	41,20
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
*Voir la règle 17 du Préambule général**Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le Modificateur 033*

09201	Visite principale.	38,50
----	Supplément de consultation 43,10	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,60
09202	Visite de contrôle	12,60

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.9

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	64,30
----	Supplément de consultation 16,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	80,80
09292	Supplément de durée	42,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation		

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale	54,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	54,50
----	Supplément de consultation 6,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	61,00
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	86,90

AVIS : SOINS D'URGENCE

Voir la règle 14 du Préambule général

Externe

09162	Visite principale	49,10
----	Supplément de consultation 16,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	65,10
09164	Visite de contrôle	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	85,50

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :****AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	30,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,70

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

----	Supplément de consultation 26,60	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	57,30
09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
*Voir la règle 17 du Préambule général**Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le Modificateur 033*

09201	Visite principale	49,10
----	Supplément de consultation 16,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	65,10
09202	Visite de contrôle	14,50

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4

CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	43,00
----	Supplément de consultation 9,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	52,00
09292	Supplément de durée	75,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8

09129	Visite de contrôle	26,35
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale	46,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	46,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	53,00
09152	Visite de contrôle	33,00

Externe

09162	Visite principale	41,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	48,00
09164	Visite de contrôle	26,35

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :****AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	28,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
Voir la règle 17 du Préambule général**Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le Modificateur 033*

09201	Visite principale.	41,00
----	Supplément de consultation 7,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	48,00
09202	Visite de contrôle	26,35

AVIS : (1*) *Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4*

DERMATOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09180, 09186, 09205, 09249, 09250, 09251, 16011, 16018 et 16026, voir la Règle d'application no 22, article 1 et l'article 2 pour la facturation des codes d'acte de cette section

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

NOTE : Le supplément pour traitement d'ulcère ne peut pas être facturé en sus du supplément de consultation intradisciplinaire.

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

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

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

Cabinet privé :

09180	Visite principale	47,90
16008	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	27,10
----	Supplément de consultation 14,30	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	62,20
16009	patient déjà évalué dans une salle d'urgence d'un établissement et qui est vu le même jour en cabinet privé à la demande de l'urgentologue, supplément	10,80
16010	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	27,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 25,40	
16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	73,30
	NOTE : L'acte codé 16011 ne peut être facturé pour les actes codés 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser au cours d'une période de douze mois, à l'exception des patients de 12 ans ou moins.	
09220	Supplément de durée (1*).	54,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15149	Visite de suivi pour traitement d'ulcère de 1 cm ou plus	42,10
09182	Visite de contrôle	25,80

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée***Hospitalisation**

09183	Visite principale	61,00
09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,00
16013	Si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	21,70
----	Supplément de consultation	17,20
09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,20
16014	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	21,70

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général*

09081	Supplément de durée (1*)	21,70
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

09132	Visite de transfert	41,50
-------	-------------------------------	-------

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

15168	Visite de suivi pour traitement d'ulcère de 1 cm ou plus	32,20
09185	Visite de contrôle	21,40
09174	Tournée des malades le week-end	28,50
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)		
Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
09095	premier jour	119,60
09096	chaque jour subséquent	69,60

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

<i>par jour, par patient</i>		
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

AVIS : (1*) *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

R = 1

Externe		
09186	Visite principale.	33,70
16016	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément.	21,70
----	Supplément de consultation 14,20	
09250	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,90
16017	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément.	21,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 25,30	
16018	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	59,00
09079	Supplément de durée.	32,50
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.

Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

15172	Visite de suivi pour traitement d'ulcère de 1 cm ou plus	27,60
09187	Visite de contrôle.	16,80

Salle d'urgence

16020	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,60
-------	---	-------

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

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09188	Visite principale	24,40
09297	Visite principale subséquente, par trimestre.	24,40
16021	Si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	21,70

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général

09181	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	67,50
16022	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	21,70
15173	Visite de suivi pour traitement d'ulcère de 1 cm ou plus	23,60
09189	Visite de contrôle	12,80

Domicile :

09190	Visite principale	38,00
09191	Visite de contrôle	14,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09205	Visite principale.....	33,70
16024	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément.....	21,70
----	Supplément de consultation 14,20	
09251	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	47,90
16025	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément.....	21,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 25,30	
16026	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire).....	59,00
09089	Supplément de durée.....	32,50

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

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

15174	Visite de suivi pour traitement d'ulcère de 1 cm ou plus.....	27,60
09206	Visite de contrôle.....	16,80

ENDOCRINOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	66,10
16028	pour patient diabétique non insulino-dépendant, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 94,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	160,90
16029	pour patient diabétique non insulino-dépendant, supplément	20,00
15194	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	250,00
<u>AVIS :</u> Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, veuillez utiliser dans la section IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE de la demande de paiement les renseignements relatifs à une femme requérant le service		
09137	Supplément de durée (1*)	30,70
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09129	Visite de contrôle	29,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée****Hospitalisation**

09150	Visite principale	58,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	58,20
----	Supplément de consultation 69,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,40

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général

09080	Supplément de durée (1*)	11,40
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09094	Visite de transfert	35,70

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général

09152	Visite de contrôle	19,40
09161	Tournée des malades le week-end	40,10
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)		

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

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

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	85,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	85,00

Externe

09162	Visite principale	46,60
16030	pour patient diabétique non insulino-dépendant, supplément . .	20,00
----	Supplément de consultation 59,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,10
16031	pour patient diabétique non insulino-dépendant, supplément . .	20,00
15195	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	200,00

AVIS : *Aux fins de facturation de l'évaluation de fertilité, veuillez inscrire dans la section IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE de la demande de paiement les renseignements relatifs à une femme requérant le service*

09078	Supplément de durée	18,40
-------	-------------------------------	-------

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

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

09164	Visite de contrôle	19,40
-------	------------------------------	-------

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
09148	Visite de contrôle	10,50

R = 1

Domicile :		
09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

Centre hospitalier

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	46,60
16033	pour patient diabétique non insulino-dépendant, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 59,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,10
16034	pour patient diabétique non insulino-dépendant, supplément	20,00
09088	Supplément de durée	18,40

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

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

09202	Visite de contrôle	19,40
-------	--------------------------	-------

GASTROENTÉROLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	64,70
----	Supplément de consultation 43,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,50
09137	Supplément de durée (1*)	27,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	22,20

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée***Hospitalisation**

09150	Visite principale	63,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	63,40
+ 15273	Patient de moins de 18 ans, supplément	7,60
----	Supplément de consultation 39,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	102,50
+ 15274	patient de moins de 18 ans, supplément	12,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 112,90	
16035	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	176,30

AVIS : - *Inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO*
Voir la règle 6.3 du Préambule général

16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément	63,40
09080	Supplément de durée (1*)	11,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	33,30

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

AVIS : (1*) *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

R = 1

09152	Visite de contrôle.	18,40
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)	33,90

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

AVIS : - *Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier*- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :*- *l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs*- *de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs**Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1***AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :***par jour, par patient*

09097	<i>premier jour</i>	<i>85,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>85,00</i>

Externe

09162	Visite principale.	48,10
+ 15275	patient de moins de 18 ans, supplément	5,80
----	Supplément de consultation 40,70	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	88,80
+ 15276	patient de moins de 18 ans, supplément	10,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 104,60	
+		
16037	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	152,70
16038	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément	63,40
09078	Supplément de durée	16,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3**Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite*

09164	Visite de contrôle.	16,00
-------	--------------------------	-------

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :****AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	22,30
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,30

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,10
09148	Visite de contrôle	11,60

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale.	48,10
#15277	patient de moins de 18 ans, supplément.	5,80
----	Supplément de consultation 40,70	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	88,80
#15278	patient de moins de 18 ans, supplément.	10,70
09088	Supplément de durée.	16,70

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

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

09202	Visite de contrôle	16,00
-------	--------------------------	-------

ADDENDUM 9. - GÉNÉTIQUE MÉDICALE**RÈGLE 1.****ÉVALUATION GÉNÉTIQUE FAMILIALE**

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

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

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

RÈGLE 2.**ÉVALUATION GÉNÉTIQUE PRÉNATALE**

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

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

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

RÈGLE 3.**ÉVALUATION GÉNÉTIQUE AU VU DU DOSSIER**

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

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

RÈGLE 4.**SUPPLÉMENT POUR COMPLEXITÉ DE L'INVESTIGATION DE LABORATOIRE REQUISE EN RAISON D'UNE NON DISPONIBILITÉ AU QUÉBEC**

4.1 Le médecin généticien a droit au paiement du supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire lorsque les tests diagnostiques nécessaires à l'évaluation d'un patient ou d'une famille ne sont pas disponibles au Québec et qu'il doit faire les recherches et démarches nécessaires à leur réalisation.

Le médecin généticien demandant ce supplément doit préciser le test requis et le laboratoire choisi (nom et lieu) pour sa réalisation.

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le test requis ainsi que le nom et le lieu du laboratoire choisi. Une demande d'autorisation de la Régie étant requise pour la rémunération des codes d'acte 09005, 09010, 09018 et 09025, fournir le numéro de dossier inscrit sur le formulaire Demande d'autorisation pour des services de laboratoire du Canada et Hors du Canada n° 3775, transmis par la Régie à la suite de sa décision.*

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite principale, pour une période d'un an sauf lors d'une hospitalisation.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	84,80
----	Supplément de consultation 56,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	141,40
09001	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,40
09002	Suivi d'évaluation génétique familiale (1*)	62,30
09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	124,40
09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale (1*)	62,30
09129	Visite de contrôle	28,20
09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	84,80

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

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale	113,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	113,20
16039	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	22,70
----	Supplément de consultation 113,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	226,30
16040	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	22,70

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

09008	Évaluation génétique familiale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,40
09009	Évaluation génétique prénatale (1*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,40

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

R = 1

09094	Visite de transfert	84,80
	NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite de transfert.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du Préambule général.	
09152	Visite de contrôle.	28,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	37,70
09010	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	84,80
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	
	Externe	
09162	Visite principale.	84,80
----	Supplément de consultation 56,60	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	141,40
09013	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,40
09014	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	62,30
09015	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,40
09016	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	62,30
09017	Évaluation génétique au vu du dossier	62,30
09164	Visite de contrôle.	28,20
09018	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	84,80
	NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.	

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

AVIS : Incrire le code d'établissement dans la case appropriée.

09147	Visite principale	84,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	84,80

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général

AVIS :

(1*) Voir la règle 4 de l'Addendum 9 -Génétique médicale

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

R = 1

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	141,40
09021	Évaluation génétique familiale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,40
09022	Suivi d'évaluation génétique familiale (2*)	62,30
09023	Évaluation génétique prénatale (2*) (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,40
09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale (2*)	62,30
09148	Visite de contrôle	28,20
09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec (1*)	84,80
NOTE : Ce supplément ne s'applique pas à la visite de contrôle.		
Domicile :		
09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	84,80
----	Supplément de consultation 56,60	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	141,40
09202	Visite de contrôle	28,20

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

GÉRIATRIE

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

Cabinet privé

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

00034	Visite principale	100,55
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	100,55

AVIS : Voir la règle **5.5 du PRÉAMBULE GÉNÉRAL** - En gériatrie, si le suivi du patient a lieu dans un établissement différent de votre lieu de pratique habituel, utilisez le code d'acte suivant :

15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	100,55
15240	Patient de 85 ans et plus, supplément	40,00
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	56,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
----	Supplément de consultation 73,20	

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	173,75
15241	patient de 85 ans et plus, supplément	30,00
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	100,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général

00037	Supplément de durée (1*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert (2*)	34,00
00039	Visite de contrôle	10,75
00041	Tournée des malades le week-end	35,25
15139	Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN))	138,10

AVIS : - Inscire le « SCORE » ou « polymédication » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
 - Inscire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement
 Voir la règle 5.4 du Préambule général

00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
00054	chaque jour subséquent	57,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite
 (2*) Voir la règle 5.5 du Préambule général

R = 1

Externe		
00042	Visite principale.	100,55
15242	patient de 85 ans et plus, supplément.	40,00
15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	56,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
----	Supplément de consultation 73,20	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	173,75
15243	patient de 85 ans et plus, supplément.	30,00
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	100,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00044	Supplément de durée (1*).	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00045	Visite de contrôle.	10,75

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

00046	Visite principale.	100,55
00047	Visite principale subséquente, par trimestre (2*)	100,55

AVIS : *Voir la règle 5.5 du PRÉAMBULE GÉNÉRAL - En gériatrie, si le suivi du patient a lieu dans un établissement différent de votre lieu de pratique habituel, utilisez le code d'acte suivant:*

AVIS :

- (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite
(2*) Voir la règle 5.5 du Préambule général

R = 1

15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois.	100,55
15244	Patient de 85 ans et plus, supplément.	40,00
15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	56,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	173,75
15245	patient de 85 ans et plus, supplément	30,00
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	100,00
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00049	Visite de contrôle (1*)	10,75
Domicile :		
09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n^o 27

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
Voir la règle 17 du Préambule général*

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

00063	Visite principale	100,55
----	Supplément de consultation 73,20	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	173,75
00065	Supplément de durée (1*)	15,00
	<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>	
00066	Visite de contrôle	10,75

AVIS : *(1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite*

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE**Cabinet privé (Groupe A)**

09127	Visite principale	56,00
----	Supplément de consultation 60,10	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	116,10
+ 15279	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09129	Visite de contrôle	20,50

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	56,00
----	Supplément de consultation 60,10	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	116,10
+ 15280	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15002	Visite de contrôle	25,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée***Hospitalisation (Groupe A)**

09150	Visite principale	70,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	70,70
----	Supplément de consultation 54,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,00

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général*

09094	Visite de transfert	55,00
-------	---------------------------	-------

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

09012	Visite de suivi oncologique	50,00
-------	-----------------------------------	-------

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

09152	Visite de contrôle	40,00
09161	Tournée des malades le week-end	55,00
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	

16003	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile.	200,00
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.

00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	60,80
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	34,60

AVIS : *Indiquer la date d'entrée en établissement*

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

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

Hospitalisation (Groupe B)

15005	Visite principale	70,70
15006	Visite principale subséquent d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	70,70
----	Supplément de consultation	70,00
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,70

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général*

15008	Visite de transfert	69,10
-------	-------------------------------	-------

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

15009	Visite de suivi oncologique	50,00
-------	---------------------------------------	-------

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

15010	Visite de contrôle	40,00
15011	Tournée des malades le week-end	55,00
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)	

16052	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile.	200,00
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	

Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)

Cet honoraire global s'applique pour un patient admis en centre hospitalier et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques.

15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	60,80
15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation.	34,60

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
15014	premier jour	98,00
15015	chaque jour subséquent.	57,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

Externe (Groupe A)

09162	Visite principale (1*).	39,00
----	Supplément de consultation 77,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	116,10
16053	Visite de suivi oncologique	25,00

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

+ 15281	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	

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

AVIS : (1*) Voir la règle d'application n° 35

16054	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	200,00
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15121	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	57,10
	Externe (Groupe B)	
15020	Visite principale (1*)	41,90
----	Supplément de consultation	74,20
15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	116,10
16055	Visite de suivi oncologique	25,00
	<u>AVIS :</u> Voir l'article 4 de l'Addendum 1 – Médecine	
+ 15282	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15022	Visite de contrôle	19,00
16056	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	200,00
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	
	Soins dans le cas de leucémie aiguë traitée par chimiothérapie ou pour patient traité par transplantation médullaire (receveur)	
15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	57,10

AVIS : (1*) Voir la règle d'application n° 35

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre (1*)	20,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

15025	Visite principale	20,00
15026	Visite principale subséquente, par trimestre (1*)	20,00
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
15028	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	50,00
NOTE : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.		

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

NOTE : Maximum 2 par médecin, par semaine

AVIS : (1*) Voir la règle 5.5 du Préambule général

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

Groupe A		
09201	Visite principale (1*)	39,00
----	Supplément de consultation	77,10
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	116,10
#15283	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09202	Visite de contrôle.	14,75 10,00
Groupe B		
15030	Visite principale (1*)	41,90
----	Supplément de consultation	74,20
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	116,10
#15284	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	10,00
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15032	Visite de contrôle.	19,00

AVIS : (1*) Voir la règle d'application n° 35

HYGIÈNE PUBLIQUE**Cabinet privé :**

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée***Hospitalisation**

09150	Visite principale	47,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général*

09080	Supplément de durée (1*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	34,00

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

09152	Visite de contrôle	16,50
09161	Tournée des malades le week-end	22,00
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)	

Externe

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

AVIS : (1*) *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

R = 1

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

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

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

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

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	20,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	30,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	55,00
09088	Supplément de durée	15,00

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

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

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

ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE

Pour le médecin spécialiste en médecine d'urgence, les honoraires de visite sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum. Elles s'appliquent en lieu et place de la règle 5 du *Préambule général*.

RÈGLE 1.**VISITE ÉLABORÉE**

1.1 La visite élaborée est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins deux (2) visites subséquentes par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et les visites subséquentes comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 2.**VISITE SIMPLE**

2.1 La visite simple est celle qui est effectuée à la salle d'urgence chez un patient dont la condition ne nécessite aucune ou, le cas échéant, qu'une seule visite subséquente par le même médecin, excluant la stabilisation.

Cette visite et, le cas échéant, la visite subséquente comportent un examen du patient.

Elle n'est payable qu'une fois par patient par séjour à la salle d'urgence.

2.2 On ne peut réclamer à la fois le paiement d'une visite élaborée et d'une visite simple pour un même patient lors d'un même séjour à la salle d'urgence.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 3.**VISITE DE RÉÉVALUATION**

3.1 La visite de réévaluation est la visite du médecin spécialiste en médecine d'urgence qui, à la salle d'urgence, prend charge d'un patient à la place d'un autre médecin spécialiste en médecine d'urgence ou d'un médecin omnipraticien qui cesse d'en avoir charge.

3.2 On distingue la visite de réévaluation simple et la visite de réévaluation élaborée.

La visite de réévaluation simple est la visite de prise en charge d'un patient dont la condition ne nécessite aucune autre visite subséquente par le même médecin.

La visite de réévaluation élaborée est la visite de prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie nécessitant au moins une visite subséquente par le même médecin.

3.3 Une visite de réévaluation comporte un examen du patient.

Une seule visite de réévaluation est payable par patient, par quart de travail. Un quart de travail s'entend d'une période d'activité continue de huit (8) heures. Toutefois, une visite de réévaluation ne peut être réclamée pour un patient lors d'un quart de travail lorsque, dans ce même quart de travail, une visite élaborée a déjà été réclamée pour ce patient.

De plus, une seule visite de réévaluation est payable par jour, par patient, par médecin.

RÈGLE 4.***VISITE AUPRÈS D'UN PATIENT ADMIS***

4.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient pendant son hospitalisation est rémunéré selon le tarif de la visite auprès d'un patient admis.

Elle comporte un examen du patient.

Pendant les 72 heures suivant l'admission du patient, on ne peut réclamer plus de deux visites par jour, par patient. Par la suite, une seule visite est payable par jour, par patient.

RÈGLE 5.***AUTRES VISITES***

5.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui voit un patient en clinique externe, en cabinet privé, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou à domicile est rémunéré selon le tarif de la visite qui y est applicable, tel que prévu à la nomenclature.

Chacune de ces visites comporte un examen du patient.

RÈGLE 6.***SUPPLÉMENT D'HONORAIRES***

6.1 Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation interdisciplinaire en établissement dans les cas prévus à la nomenclature. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe.

Le supplément de consultation interdisciplinaire ne s'applique que lorsque la consultation est demandée par un médecin spécialiste d'une autre discipline, un dentiste ou un médecin omnipraticien qui ne bénéficie pas de privilèges en urgence dans le même établissement.

6.2 Un supplément d'honoraires est également accordé pour une consultation en médecine sportive en cabinet privé. Ce supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en médecine sportive et qui est désigné par les parties négociantes.

6.3 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en toxicologie effectuée en hospitalisation, en clinique externe ou à la salle d'urgence. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la toxicologie clinique.

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en toxicologie et qui est désigné par les parties négociantes.

6.4 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation en médecine hyperbare effectuée en hospitalisation, en clinique externe ou à la salle d'urgence. La consultation s'entend d'une demande d'opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie chez un patient dont l'état paraît grave ou complexe et relève du domaine de la médecine hyperbare.

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui bénéficie d'une formation complémentaire reconnue en médecine hyperbare et qui est désigné par les parties négociantes.

6.5 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires adresse un rapport au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient.

Seul le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui adresse le rapport final au médecin ou au dentiste qui lui a dirigé le patient, a droit au paiement d'un supplément d'honoraires.

6.6 En établissement, un seul supplément de consultation est payable par patient, par séjour à l'urgence.

En cabinet privé, un seul supplément de consultation est payable par patient, par année.

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser le modificateur 187 avec le code de consultation approprié pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent à la salle d'urgence.*

RÈGLE 7.

STABILISATION

7.1 La stabilisation comprend l'ensemble des manoeuvres et traitements visant à stabiliser l'état d'un patient en détresse respiratoire, hémodynamiquement instable ou présentant un niveau de conscience altéré. Elle comprend également l'ensemble des manoeuvres et traitements initiaux effectués auprès du patient polytraumatisé et auprès du patient qui nécessite une reperfusion myocardique.

RÈGLE 8.

MAJORATION D'HONORAIRES

8.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui dispense des services en établissement a droit aux majorations d'honoraires suivantes, selon le lieu et la période où ces services sont dispensés :

- i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et entre 8 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de la moitié entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

AVIS : **MODIFICATEURS À UTILISER POUR DEMANDER LA MAJORATION D'HONORAIRES :**

MOD=181

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 8 h à minuit, majoration du 1/3

MOD=182

NUIT, de minuit à 7 h, majoration de la 1/2

NUIT, de minuit à 8 h pour le médecin qui assume le quart de travail de nuit, majoration de la 1/2

MOD=183

SOIR, du lundi au vendredi, de 16 h à minuit, majoration du 1/3

ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié.

AVIS : MODIFICATEUR À UTILISER POUR DEMANDER LA MAJORATION D'HONORAIRES :

MOD=184

WEEK-END (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à 19 h, majoration du 1/3

8.2 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a également droit au paiement des honoraires majorés et des honoraires minimums prévus à la règle 14 du **Préambule général**, lorsqu'il est appelé pour une urgence, ailleurs qu'à la salle d'urgence. Les conditions prévues à la règle 14 s'appliquent, à l'exception de la période de majoration, laquelle est de 19 h à 7 h, tous les jours.

AVIS : MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE AILLEURS QU'À LA SALLE D'URGENCE :

MOD=185

SOIR, de 19 h à minuit, majoration de 70 %

MOD=186

NUIT, de minuit à 7 h, majoration de 150 %

Pour facturer les honoraires minimums, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants :

09203	de minuit à 7h	189,00
09204	de 19h à minuit	126,00

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

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

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

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

RÈGLE 9.

MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

9.1 Le médecin spécialiste en médecine d'urgence a droit à une majoration d'honoraires de 40 % pour les visites effectuées auprès d'un patient admis ou à la salle d'urgence, lorsque le patient est âgé de 70 ans et plus.

AVIS : *Les codes d'acte sont énumérés au Manuel des médecins spécialistes dans des AVIS, à la fin des sections Centre hospitalier de soins de courte durée - Hospitalisation et Salle d'urgence.*

MÉDECINE D'URGENCE

AVIS : Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence

Cabinet privé

15201	Visite (5*)	32,00
-----	Supplément de consultation en médecine sportive	50,00
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive) (6*)	82,00

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

15204	Visite auprès d'un patient admis (4*)	46,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	40,00
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire) (6*)	86,00

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

----	Supplément de consultation en toxicologie	50,00
16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie) (6*)	96,00
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	50,00
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare) (6*)	96,00

AVIS : Pour les codes 16041 et 16042, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO

AVIS : (4*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 4
 (5*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5
 (6*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6

R = 1

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	116,20
	chaque jour subséquent	67,70

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

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

15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus (4*) . . .	64,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 56,00	
15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (6*)	120,40

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

----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 70,00	
16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus (6*)	134,40
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 70,00	
16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus (6*)	134,40

AVIS : *Pour les codes 16032 et 16057, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO*

AVIS : (4*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 4
(6*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6

Externe		
15209	Visite (5*)	25,00
----	Supplément de consultation en toxicologie (5*)	50,00
16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	75,00
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	50,00
16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	75,00

AVIS : Pour les codes 16043 et 16044, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO

Salle d'urgence

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

15210	Visite simple (2*)	37,90
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	40,00
15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire) (6*)	77,90

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

----	Supplément de consultation en toxicologie	50,00
16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie)	87,90
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	50,00
16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	87,90

AVIS : Pour les codes 16045 et 16046, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO

15213	Visite élaborée (1*)	93,60
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	40,00
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire) (6*)	133,60

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

AVIS :

(1*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 1
 (2*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 2
 (5*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5
 (6*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6

R = 1

15216	Visite de réévaluation élaborée (3*)	62,80
---	Supplément de consultation interdisciplinaire 40,00	
15247	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	102,80
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
15217	Visite de réévaluation simple (3*)	25,00
---	Supplément de consultation interdisciplinaire 40,00	
15248	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	65,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
15218	Stabilisation (7*)	52,40
	<u>AVIS :</u> <i>Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section Actes de la demande de paiement.</i>	
15249	Évaluation et interprétation à la salle d'urgence par un médecin spécialiste en médecine d'urgence d'un électrocardiogramme effectué dans un transport ambulancier, avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie	75,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 9 - Majoration d'honoraires selon l'âge. Utiliser les codes d'acte suivants :</i>	
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus (2*)	53,06
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 56,00	
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (6*)	109,06
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
<u>AVIS :</u>	(2*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 2	
	(3*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 3	
	(6*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6	
	(7*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 7	

----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus 70,00	
16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus (6*).....	123,06
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 70,00	
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus (6*).....	123,06
	<u>AVIS :</u> Pour les codes 16058 et 16059, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO	
15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus (1*).....	131,04
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 56,00	
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (5*).....	187,04
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
15228	Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus (3*)....	87,92
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 56,00	
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus.....	143,92
#	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilège en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
<u>AVIS :</u>	(1*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 1	
	(3*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 3	
	(5*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5	
	(6*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6	

R = 1

15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus (3*)	35,00
---	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 56,00	
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus.	91,00

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

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

15219	Visite (5*)	11,80
-------	-----------------------	-------

Domicile

15220	Visite (5*)	38,00
-------	-----------------------	-------

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
Voir la règle 17 du Préambule général

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

15221	Visite (5*)	25,00
-------	-----------------------	-------

AVIS : (3*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 3
(5*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5

MÉDECINE INTERNE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 00031, 00034, 00036, 00038 00043 et 00064, voir Règle d'application n° 27

Cabinet privé

00030	Visite principale	46,00
----	Supplément de consultation 67,70	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,70
00033	Visite de contrôle	30,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

00034	Visite principale (1*)	60,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (1*)	60,00
16047	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	50,00

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

----	Supplément de consultation 95,30	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	155,30
16048	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	50,00

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

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général

00038	Visite de transfert (1*)	60,00
16049	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	50,00

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

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général

AVIS : (1*) Inscrire la date d'entrée du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT

R = 1

00039	Visite de contrôle.	24,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)	45,00
00028	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	65,00
<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 00029 ainsi que les honoraires correspondants.</i>		
00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)	91,00
<u>AVIS :</u> <i>Avec les codes d'acte 00028 et 00029, inscrire un code d'établissement 0XXX6 correspondant à l'unité coronarienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec 0XXX9</i>		
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	130,00
00054	chaque jour subséquent	90,00
<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1</i>		
<i>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :</i> <i>par jour, par patient</i>		
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent.	85,00
00024	Visite de départ.	100,00
16050	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque	100,00
NOTE : L'acte codé 16050 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00024, le même jour.		
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT</i>		

R = 1

Externe		
00042	Visite principale	35,00
----	Supplément de consultation 61,40	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	96,40
00045	Visite de contrôle	22,00

Salle d'urgence

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

----	Supplément de consultation 95,30	
00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	155,30
16051	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (ex. : SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	50,00

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

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

00046	Visite principale	30,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre (1*)	30,00
----	Supplément de consultation 76,60	
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,60
00049	Visite de contrôle (2*)	15,00

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

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

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
Voir la règle 17 du Préambule général

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

00063	Visite principale	35,00
----	Supplément de consultation 61,40	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	96,40
00066	Visite de contrôle	22,00

AVIS : (1*) Voir la règle 5.5 du Préambule général
(2*) Voir la Règle d'application n^o 27

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	38,60
09129	Visite de contrôle	21,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

Hospitalisation

09150	Visite principale	28,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	28,40
09094	Visite de transfert	28,40

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

09152	Visite de contrôle	21,00
-------	--------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale	28,40
09164	Visite de contrôle	14,80

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	27,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	27,10

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09148	Visite de contrôle	14,30
-------	--------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	28,40
09202	Visite de contrôle	14,80

ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE**RÈGLE 1.****PLANIFICATION DE TRAITEMENT POUR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AMBULATOIRE**

1.1 La planification de traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire s'applique lorsqu'un médecin classé en microbiologie-infectiologie effectue les démarches permettant l'adhésion du patient au programme d'antibiothérapie parentérale ambulatoire.

Cette planification inclut toutes les visites effectuées le même jour par tout médecin microbiologiste-infectiologue.

1.2 La planification du traitement pour antibiothérapie parentérale ambulatoire ne peut être réclamée par plus d'un médecin microbiologiste-infectiologue, par patient, par hospitalisation ou en externe.

AVIS : Voir les codes d'acte 09030, 09032 et 09048 dans le tableau d'honoraires qui suit.

RÈGLE 2**MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE**

2.1 La tarification des visites prévues pour les maladies infectieuses en émergence s'applique aux maladies énumérées dans la liste apparaissant en annexe.

AVIS : La facturation des codes d'acte 09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 15104 et 16062 requiert un des diagnostics de l'Annexe I du présent addendum. Inscrire le code de ce diagnostic dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

ANNEXE 1 DE L' ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

LISTE DES MALADIES EN ÉMERGENCE (actes codés 09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 15104 et 16062)

AVIS : Le code de diagnostic est entre parenthèses. Pour ceux dont le code est inexistant, inscrire le diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

- Infections virales :
 - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (042.0, 042.1, 042.2, 042.3, 042.9, 043.9, 044.9, 795.8)
 - Hépatite B (070.2 à 070.6, 070.9, 573,3)
 - Hépatite C (070.4, 070.5)
- Infections bactériennes ou à rickettsies post-transfusionnelles (999.3)
 - Syphilis (090.0 à 090.7, 090.9 à 092.0, 092.9 à 093.2, 093.8 à 094.3, 094.8, 094.9, 095.9, 096.9, 097.0, 097.1, 097.9, 647.0)
- Infections par les prions (notamment Creutzfeldt-Jakob) (046.1)

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

- Dengue (061.9)
- Diphtérie (032.0, 032.1, 032.2, 032.3, 032.8, 032.9)
- Fièvres hémorragiques (065.0, 065.1, 065.2, 065.3, 065.4, 065.8, 065.9)
- Paludisme (084.0 à 084.9)

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

- Infections à germe multirésistant :
 - Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline ou à la vancomycine
 - Enterococcus faecalis ou faecium résistant à la vancomycine
 - Mycobacterium tuberculosis multirésistant
 - Clostridium difficile
 - Acinetobacter Baumannii

4. CONDITION PARTICULIÈRE

- Dialyse rénale chronique (V56.0, V56.8, V56.9, 585.9, 586.9)

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09041, 09042, 09044, 09074, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212, voir Règle d'application n° 23

Cabinet privé :

09127	Visite principale	65,30
----	Supplément de consultation 71,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	136,30
09137	Supplément de durée (1*)	34,30
09129	Visite de contrôle	30,80
	Maladies infectieuses en émergence :	
15104	Visite principale	57,10
	NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.	

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale (2*)	67,20
	<u>AVIS :</u> 16111 Visite principale, à partir de la 21 ^e journée de la date d'admission (2*)	
	- Inscrire la date d'entrée en établissement dans la case ÉTABLISSEMENT.	
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	67,20
----	Supplément de consultation 62,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	130,10
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6.3 du Préambule général	
09080	Supplément de durée (1*)	13,20
09094	Visite de transfert (2*)	57,40

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général

- AVIS :**
- (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.
 - (2*) Voir la règle 5.4 du Préambule général

R = 1

09152	Visite de contrôle.	25,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	39,10
09000	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin microbiologiste infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale	131,40
09007	premier jour jour subséquent.	26,90
NOTE : L'acte codé 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.		
15252	Gestion d'éclosion intra-établissement mineure (SARM, SARV, ERV, C.difficile, Bacilles, Gram Négatif multirésistant aux soins intensifs, Diarrhée infectieuse, Influenza, VRS, Légionellose, Gale, Aspergillus, S.aureus en néonatalogie)	250,00
15253	premier jour jour(s) subséquent(s) (maximum 9).	125,00
15254	Gestion d'éclosion intra-établissement majeure (SRAS, grippe aviaire, M.tuberculosis multirésistant, pathogène virulent avec une mortalité exceptionnelle, transmission hémotogène d'un agent infectieux à partir d'une source commune)	500,00
15255	premier jour jour(s) subséquent(s) (maximum 9).	250,00
15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport	100,00
15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport	250,00
NOTE : L'acte codé 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).		

AVIS : Remplir le formulaire Demande de paiement – médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié (15252 à 15257) dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- le nombre total de rapports (15256 et 15257) dans la case UNITÉS;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

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

	Soins critiques :	
16060	Visite principale (1*)	93,90
----	Supplément de consultation 53,90	
09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse ou pour leucémies aiguës excluant les greffes de peau, d'os ou de cartilage (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	147,80
16061	Visite de transfert (1*)	80,30
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du Préambule général	
09019	Visite de contrôle	29,10
	Maladies infectieuses en émergence :	
09026	Visite principale (1*)	93,90
----	Supplément de consultation 53,90	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	147,80
16062	Visite de contrôle	29,10
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie	
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement) (1*)	147,80
09030	Planification du traitement	65,60
	NOTE : Les actes codés 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie	
	Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :	
09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	147,80
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	59,10
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.	

AVIS : (1*) Voir la règle 5.4 du Préambule général

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	111,90
	chaque jour subséquent	65,20

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

Externe

09162	Visite principale	48,60
----	Supplément de consultation	45,60
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20
09078	Supplément de durée	19,80

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite
Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09164	Visite de contrôle	22,50
	Maladies infectieuses en émergence :	
09041	Visite principale (1*)	55,00
----	Supplément de consultation	63,30
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	118,30
	NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, l'acte codé 09041 est payable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.	
09043	Visite de contrôle (1*)	25,80
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	147,80
09032	Planification du traitement	65,60
	NOTE : Les actes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
09045	Visite de contrôle	25,90

AVIS : (1*): Voir la règle 5.4 du Préambule général

15003	Expertise ou télé-expertise requise suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient.	118,30
	NOTE : Si le patient est vu dans les jours suivants pour le même épisode, une visite principale peut être facturée.	

Salle d'urgence

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

09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	147,80
09047	Maladies infectieuses en émergence : Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	147,80

AVIS : *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

09048	Antibiothérapie parentérale ambulatoire : Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	147,80
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index.	59,10

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	30,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90
09148	Visite de contrôle	14,40
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	56,20

AVIS : *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : (1*) Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	48,60
	Supplément de consultation 45,60	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20
09088	Supplément de durée	19,80

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite
 Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.

09202	Visite de contrôle	22,50
	Maladies infectieuses en émergence :	
09074	Visite principale	55,00

NÉPHROLOGIE

AVIS : Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse, voir la Règle d'application n° 31

Cabinet privé :

09127	Visite principale	59,00
----	Supplément de consultation 88,90	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	147,90
09137	Supplément de durée (1*)	35,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	30,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale	74,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	74,00
----	Supplément de consultation 49,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	123,30

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général

09080	Supplément de durée (1*)	13,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	47,20

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général

09152	Visite de contrôle	26,80
09161	Tournée des malades le week-end	39,70
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	126,50
	chaque jour subséquent	74,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

Externe

09162	Visite principale	43,90
----	Supplément de consultation 71,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
09078	Supplément de durée	21,40

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

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

09164	Visite de contrôle	22,50
-------	--------------------------	-------

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	22,50
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,50

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,50
09148	Visite de contrôle	11,80

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)

AVIS : *Inscrire le modificateur 170 dans la case appropriée pour identifier les services en téléhémodialyse qui s'appliquent à l'un ou l'autre des codes d'acte 15040 à 15048 et inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT l'un ou l'autre des centres reconnus suivants :*

- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (Pavillon St-Joseph et Pavillon Ste-Marie)

Ces tarifs s'appliquent également à la téléhémodialyse dans les centres reconnus suivants :

- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre Hospitalier de Charlevoix via l'Unité mobile DIALYS
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le CH régional de Rimouski
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre de santé de Portneuf via l'Unité mobile DIALYS
- CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec avec le Centre hospitalier de la Sagamie
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôpital Sainte-Croix
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières avec Hôtel-Dieu d'Arthabaska

09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient.	40,70
	Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois, par patient	
15035	patient de plus de 16 ans	227,20
15036	patient de 16 ans ou moins	402,40
	Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient	
15040	dialyse initiale.	95,00
	dialyse subséquente	
	hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine	
15041	patient de plus de 16 ans	37,20
15042	patient de 16 ans ou moins	95,10
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine	
15043	patient de plus de 16 ans	40,30
15044	patient de 16 ans ou moins	103,50
	hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en semaine	
15045	patient de plus de 16 ans	40,30
15046	patient de 16 ans ou moins	103,50
	hémodialyse ayant lieu entre 00:00 heures samedi et 07:00 heures lundi, ou un jour férié	
15047	patient de plus de 16 ans	40,30
15048	patient de 16 ans ou moins	103,50

NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.

R = 1

15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois, par patient	221,90
15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois, par patient	317,30

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	43,90
----	Supplément de consultation 71,90	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,80
09088	Supplément de durée	21,40

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

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

09202	Visite de contrôle	22,50
-------	--------------------------	-------

NEUROCHIRURGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,10
----	Supplément de consultation 89,70	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	134,80
09292	Supplément de durée	28,20
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8

09129	Visite de contrôle	16,90
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale	34,90
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	34,90
----	Supplément de consultation 68,80	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	103,70
09152	Visite de contrôle	16,90
00088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crano-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique premières 24 heures	259,20
15123	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM premières 24 heures	259,20

NOTE : Concernant les actes codés 00088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.

Cet honoraire ne s'applique pas s'il y a chirurgie par un neurochirurgien dans les premières 24 heures de la prise en charge des soins neurochirurgicaux.

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.9

R = 1

16063	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	311,10
	NOTE : La Règle d'application # 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16063.	
	Soins médicaux pour un patient ayant subi un traitement endovasculaire pour une pathologie neurovasculaire par un médecin d'une autre spécialité excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	
16064	1 ^{er} jour	207,40
16065	2 ^e au 10 ^e jour (par jour)	51,80
	Externe	
09162	Visite principale	33,90
----	Supplément de consultation 69,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	103,70
09164	Visite de contrôle	15,20
16066	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	311,10
	NOTE : La Règle d'application # 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16066.	

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	22,60
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,60

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	103,70
09148	Visite de contrôle	11,80

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.9

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques surspécialisées :

09168	Évaluation par un médecin neurochirurgien au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique surspécialisée comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	46,70
-------	--	-------

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale.	33,90
----	Supplément de consultation 69,80	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	103,70
09202	Visite de contrôle	15,20

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.9

**NEUROLOGIE
NEUROPSYCHIATRIE ET
ELECTROENCEPHALOGRAPHIE**

Cabinet privé :

09127	Visite principale	74,00
16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, chorée de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique ou myasthénie grave, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
----	Supplément de consultation 60,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,20
15134	enfant de moins de 13 ans, supplément	12,80
09137	Supplément de durée (1*)	28,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	41,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

Hospitalisation

09150	Visite principale	86,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	86,60

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

----	Supplément de consultation	46,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		132,80
15135	enfant de moins de 13 ans, supplément		12,80

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général

09080	Supplément de durée (1*).		11,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

09094	Visite de transfert		86,60
-------	-------------------------------	--	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

09152	Visite de contrôle		32,10
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).		42,80

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour		117,20
09096	chaque jour subséquent		68,20

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient		
09097	premier jour		85,00
09098	chaque jour subséquent		85,00

	Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques		
16070	premier jour		86,60
16071	chaque jour subséquent		63,20

00024	Visite de départ		94,20
	NOTE : L'acte codé 00024 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 16071.		

AVIS : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

Externe		
09162	Visite principale.	55,60
16072	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, chorée de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique ou myasthénie grave, supplément.	20,00
NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient		

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

----	Supplément de consultation 48,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	104,50
15136	enfant de moins de 13 ans, supplément.	12,80
09078	Supplément de durée.	17,10
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

09164	Visite de contrôle.	31,50
-------	--------------------------	-------

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	146,40
15137	enfant de moins de 13 ans, supplément.	12,80

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

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale.	22,70
16073	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, chorée de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique ou myasthénie grave, supplément.	20,00
NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient		

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

R = 1

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,70
16074	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, chorée de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique ou myasthénie grave, supplément	20,00

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case*
 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
 COMPLÉMENTAIRES

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	87,60
09148	Visite de contrôle	11,90

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)*
Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	55,60
16075	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, chorée de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique ou myasthénie grave, supplément	20,00

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case*
 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
 COMPLÉMENTAIRES

----	Supplément de consultation 48,90	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	104,50
15138	enfant de moins de 13 ans, supplément	12,80
09088	Supplément de durée	17,10

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

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

09202	Visite de contrôle	31,50
-------	------------------------------	-------

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09149, 09165, 09281, 09286, 09175, 09170, 09283, 09288, 09209, 09212, 09285, 09290, 15080, 15090, 15113, 16076, 16088 et 16092, voir la Règle d'application n° 21

Cabinet privé :

09149	Visite principale	47,00
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (4*)	20,00
----	Supplément de consultation 34,90	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	81,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 48,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	95,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 43,00	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	90,00
15196	Consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (voir règle 10.3 - addendum 6)	125,00
	AVIS : Cet honoraire est réservé aux médecins désignés par les parties négociantes.	
15197	Évaluation de fertilité chez un couple (voir règle 10.2 - addendum 6)	250,00
	AVIS : Aux fins de facturation de la consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée ou de l'évaluation de fertilité, veuillez inscrire dans la section IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE de la demande de paiement les renseignements relatifs à une femme requérant le service	
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	70,00
	AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09292	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8	
09129	Visite de contrôle	18,00
09138	Visite prénatale	25,00
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	20,00

AVIS :

(1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires

(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires

(3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires

(4*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	110,00
16078	visite subséquente	35,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09151	Visite principale	40,00
15109	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (4*)	20,00
09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	2,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	40,00
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	65,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine	130,00
	NOTE : Les actes codés 16079 et 16080 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	40,00
16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	80,00
	NOTE : L'acte codé 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.	
----	Supplément de consultation 30,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	70,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 50,00	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 40,00	

AVIS : (4*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires

R = 1

09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	108,40
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	148,40
NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).		

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1

15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	60,00
-------	---	-------

AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées

16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	55,00
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	110,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique (2*)	25,00
15085	Supplément de durée	20,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation		

09152	Visite de contrôle.	15,00
09156	Visite prénatale, grossesse normale	15,10

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application

15125	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
-------	---	-------

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9. Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé.	20,00
15126	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	18,00

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9.

AVIS : (2*) Voir la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie

00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	2,00
15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance.	100,00
<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>		
15087	visite subséquente	30,00
NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection		
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	90,00
<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>		
15089	visite subséquente	30,00
Externe		
09175	Visite principale	36,00
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (4*)	18,00
00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	2,00
16084	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	65,00
16085	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine.	130,00
NOTE : Les actes codés 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.		
16086	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	35,00
16087	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements	70,00
NOTE : L'acte codé 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.		
NOTE : Les actes codés 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale à la même séance.		
----	Supplément de consultation	35,80
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	71,80
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	54,00

AVIS : (4*) *Inscrire la date des dernières menstruations dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

R = 1

09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 34,00	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	70,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 104,60	
15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	140,60
NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).		

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1

15198	Consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (voir la règle 10.3 - Addendum 6)	100,00
-------	---	--------

AVIS : Cet honoraire est réservé aux médecins désignés par les parties négociantes.

15199	Évaluation de fertilité chez un couple (voir la règle 10.2 - Addendum 6)	200,00
-------	--	--------

AVIS : Aux fins de facturation de la consultation initiale dans le cadre de la procréation assistée ou de l'évaluation de fertilité, veuillez inscrire dans la section IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE de la demande de paiement les renseignements relatifs à une femme requérant le service.

15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	55,00
-------	---	-------

AVIS : Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées

16088	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
-------	---	-------

15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	110,00
-------	--	--------

15092	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00

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

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8

09164	Visite de contrôle	15,00
09166	Visite prénatale, grossesse normale	15,00

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application

15127	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (1*)	
00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	2,00
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	25,00
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	18,00
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (1*)	
00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément . . .	2,00
<u>AVIS :</u>	(1*) <i>Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	100,00
	<u>AVIS :</u> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	
15096	visite subséquente	30,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	
16089	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	100,00
16090	visite subséquente	30,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	90,00
	<u>AVIS :</u> La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.	
15098	visite subséquente	30,00
09192	Clinique des tumeurs pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	25,00
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
09064	visite principale	36,00
09065	visite de suivi	25,00

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :****AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	20,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	45,70
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	53,20
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	46,70
16091	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires
 (3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09209	Visite principale	36,00
15111	Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (5*)	18,00
----	Supplément de consultation 35,80	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	71,80
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 54,00	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	90,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 34,00	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	70,00
15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport (6*)	55,00
16092	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
15128	Supplément de durée (4*)	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	15,00
15117	Visite prénatale, grossesse normale	15,00
15141	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (5*)	20,00
16093	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication la surveillance	100,00
16094	visite subséquente	30,00
	NOTE : Maximum de 3 visites subséquentes par médecin	

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9.

- AVIS :**
- (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires
 - (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires
 - (3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires
 - (4*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8
 - (5*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
 - (6*) Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiales, nom et numéro) dans les cases appropriées

OPHTALMOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09252, 09253, 09254, 09255, 09256, 09265, 09281, 09283, 09285, 15099, 15101 et 15103, voir la Règle d'application n° 21

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTES :

* **1)** En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.

** **2)** L'évaluation neuroophtalmologique d'un patient dirigé par un neurochirurgien, un neurologue ou un ophtalmologiste est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

AVIS : Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (Réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

09252	Visite principale	63,60
----	* Supplément de consultation 13,50	
09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	77,10
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 26,40	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	90,00
15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport.	77,10

AVIS : Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées

09292	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires

R = 1

09123	**Évaluation neuro-ophtalmologique	117,00
09129	Visite de contrôle	36,30
15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée***Hospitalisation**

09150	Visite principale	58,90
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	58,90
----	* Supplément de consultation 10,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	68,90
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 29,60	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	88,50
15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	68,90
16095	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées*

09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique	117,00
15178	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère.	67,10
	NOTE : L'acte codé 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
09152	Visite de contrôle	33,60
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	57,10
15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,00

Soins intensifs

15179	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,00
15180	Visite de suivi pour patient polytraumatisé ou ayant subi un traumatisme oculaire	60,00

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

		R = 1
Externe		
09253	Visite principale.	47,10
----	* Supplément de consultation 10,00	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	57,10
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 41,40	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	88,50
15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	57,10
16096	Supplément de durée.	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées		
09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique.	117,00
15181	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère	53,70
	NOTE : L'acte codé 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
09164	Visite de contrôle.	26,90
15258	Visite de contrôle le week-end et les jours fériés	45,70
15019	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,00

Salle d'urgence

15182	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,00
	<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence (0XXX7) dans la case appropriée	

Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :**AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée**

09147	Visite principale	47,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	47,10

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général

09176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	68,90
09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	88,50

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires

R = 1

15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	68,90
-------	--	-------

AVIS : *Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées*

09148	Visite de contrôle	26,90
-------	--------------------------	-------

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
Voir la règle 17 du Préambule général*

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

09265	Visite principale.	47,10
-------	-------------------------	-------

----	* Supplément de consultation 10,00	
09256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	57,10

----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 41,40	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	88,50

15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport.	57,10
-------	--	-------

16097	Supplément de durée	25,00
	Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

AVIS : *Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées*

09202	Visite de contrôle	26,90
-------	--------------------------	-------

15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois.	67,00
-------	--	-------

* NOTE : *Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.*

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	50,90
----	Supplément de consultation 7,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	58,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	68,90
09292	Supplément de durée	29,80
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		

AVIS : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8

09129	Visite de contrôle	20,40
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

09150	Visite principale	60,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	60,00
----	Supplément de consultation 7,80	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	67,80
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	78,00
16098	Visite de suivi aux soins intensifs	22,00

AVIS : Inscrire un code d'établissement OXXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée
 Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'Annexe 29, inscrire un 4XXX6
 -Voir l'Addendum 4 – Chirurgie, règle 2.3

09152	Visite de contrôle	18,30
-------	--------------------------	-------

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5

R = 1

Externe		
09162	Visite principale	39,40
----	Supplément de consultation 7,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	46,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	57,40
09164	Visite de contrôle	16,30

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	26,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,80

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	50,90
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	62,20
09148	Visite de contrôle	12,40

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	46,60
	Présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste en salle d'opération à la demande d'un autre médecin spécialiste, dans l'éventualité d'une intubation ou d'une extubation, sans autre acte chirurgical, incluant la visite et le rapport au dossier	
15183	première heure	250,00
15184	par demi-heure additionnelle	125,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	39,40
----	Supplément de consultation 7,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	46,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	57,40
09202	Visite de contrôle	16,30

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5

ADDENDUM 2. - PÉDIATRIE**RÈGLE 1.****EXAMEN GÉNÉRAL**

1.1 Le pédiatre a droit au paiement de l'honoraire de l'examen général pour l'évaluation de la croissance et du développement d'un enfant.

RÈGLE 2.**SOINS D'UN NOUVEAU-NÉ**

2.1 Un honoraire global est payé pour les soins de routine donnés au nouveau-né en bonne santé, en centre hospitalier.

Sont incluses dans la tarification de l'honoraire global, toutes les visites de contrôle que le pédiatre rend au nouveau-né au cours des trois premiers jours de la naissance, pendant qu'il séjourne au centre hospitalier.

RÈGLE 3.**PRÉSENCE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT OU EN SALLE D'OPÉRATION**

3.1 Le tarif prévoit le paiement d'un honoraire au pédiatre auquel le médecin accoucheur, le chirurgien, l'anesthésiologiste ou la sage-femme demande d'être présent lors d'un accouchement ou d'un service rendu à la salle d'opération, pour le soin du nouveau-né, d'un enfant ou d'un adolescent.

Cet honoraire s'applique en sus de tout autre honoraire payable au pédiatre pour les soins dispensés dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération.

RÈGLE 4.**CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE**

4.1 On accorde le supplément de la consultation au pédiatre auquel un malade hospitalisé est dirigé pour qu'il donne son opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie grave ou complexe.

Ce supplément est payé pour le premier examen.

Toutefois, lorsqu'un patient examiné par un pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence est pris en charge par un autre pédiatre dans une unité de soins du même centre hospitalier, ce dernier n'a pas droit au supplément de consultation.

RÈGLE 5.**SUPPLÉMENT DE DURÉE**

Le pédiatre a droit au supplément de durée prévu pour la médecine - sauf s'il s'agit d'un malade hospitalisé.

Le supplément de durée n'est pas payable si trois suppléments de durée ont été payés au médecin pour le même patient dans les douze mois précédents.

RÈGLE 6.**SUPPLÉMENT PÉDIATRIQUE AUX SOINS INTENSIFS**

Dans une unité de soins intensifs, le pédiatre a droit à un supplément de 75 \$ pour la première visite qu'il effectue auprès d'un patient. Ce supplément s'ajoute à l'honoraire du forfait de prise en charge du patient de l'annexe 29, à l'honoraire de la consultation ou à l'honoraire de la visite principale, selon le cas.

Un seul supplément est exigible par patient, par hospitalisation. Toutefois, de façon exceptionnelle, lorsque le patient est admis plus d'une fois aux soins intensifs durant la même hospitalisation, le pédiatre a alors droit au paiement de ce supplément pour chaque première visite du patient suivant l'admission.

AVIS : *Utiliser le modificateur 199 pour demander la majoration d'honoraires*

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

Voir la règle 14 du Préambule général et l'annexe 29 de la Brochure n° 1

PÉDIATRIE

15185 Un ou des tests d'allergies alimentaires 21,50

Cabinet privé :

09127 Visite principale 42,40

---- Supplément de consultation 88,70

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 131,10

00082 Supplément de durée..... 81,40

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

15049 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 116,10

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

16099 Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste. 86,00

09194 Examen général 42,40

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie

09129 Visite de contrôle 42,40

15164 Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex.:autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure. 42,40

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance

AVIS : - Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée***Hospitalisation**

09150	Visite principale.	122,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	122,80
----	Supplément de consultation 27,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	150,00
09094	Visite de transfert	100,00

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

15112	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	116,10
-------	--	--------

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

09152	Visite de contrôle.	28,20
15165	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure. . .	40,00

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance

AVIS : - *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

00086	Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération	104,90
-------	--	--------

AVIS : *Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie*

00081	Soins du nouveau-né	100,00
-------	-------------------------------	--------

AVIS : *Voir la règle 2.1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie*

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	78,50
-------	--	-------

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	153,10
	chaque jour subséquent	71,50
<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs;</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1</i>		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00
Surveillance à l'unité des soins intensifs (Réf. : Annexe 29; art. 4.8)		
00010	Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel	26,00
Inscrire l'heure de début et de fin de la surveillance à l'unité des soins intensifs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
15114	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs	78,70
NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre		
NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour sauf si effectuée en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général.		
00024	Visite de départ	80,00
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT</i>		
Externe		
09162	Visite principale	40,00
----	Supplément de consultation 58,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,00
00083	Supplément de durée	50,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.		
<u>AVIS :</u> <i>Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie</i> <i>Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite</i>		

R = 1

15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour incluant toutes les visites mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	60,00
-------	--	-------

NOTE : Maximum d'une prise en charge par jour, par patient

15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	81,60
-------	--	-------

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

16100	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste.	60,00
09196	Examen général	29,80

AVIS : *Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie*

09164	Visite de contrôle.	20,70
15166	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure. . .	40,00

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance

AVIS : - *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :****AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	25,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	25,10

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,20
09148	Visite de contrôle	13,20
16102	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	31,90
	Maximum : 6 quarts d'heure, par séance	

AVIS : - *Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;*
 - *Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;*
 - *Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

Divers :

00079	Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examen non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes)	81,60
-------	--	-------

AVIS : - *Inscrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé dans la case appropriée ou sinon tous les éléments de son identité (voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement, section 3.2.1.4 La personne ne peut présenter sa carte d'assurance maladie.*
 - *Inscrire l'heure de début et de fin de la rencontre dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale	40,00
----	Supplément de consultation 58,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,00
00084	Supplément de durée	50,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

15116	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	81,60
-------	--	-------

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

16101	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	60,00
09202	Visite de contrôle	20,70

15167	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	40,00
-------	---	-------

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance

AVIS : - Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
 - Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
 - Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITES et les honoraires correspondants dans la case appropriée.

PHYSIATRIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	69,30
----	Supplément de consultation 54,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	124,10
09137	Supplément de durée (1*)	34,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	36,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

Hospitalisation

09150	Visite principale	87,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	87,80
----	Supplément de consultation 47,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,90

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général*

09080	Supplément de durée (1*)	13,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	55,90

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

16103	Visite auprès d'un patient en réadaptation lourde	55,10
-------	---	-------

AVIS : *Voir la règle 5.7 du Préambule général
Voir la règle d'application n° 36*

09152	Visite de contrôle	29,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	39,80

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

R = 1

Externe		
09162	Visite principale.	51,80
----	Supplément de consultation 41,70	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,50
09078	Supplément de durée (1*)	20,50
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09164	Visite de contrôle.	27,00

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,90
-------	---	--------

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

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	35,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	35,10

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	131,40
09148	Visite de contrôle	17,30

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : (1*) *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

09201	Visite principale.....	51,80
----	Supplément de consultation 41,70	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	93,50
09088	Supplément de durée (1*)	20,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	27,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

PNEUMOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	42,25
----	Supplément de consultation 95,95	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	138,20
09137	Supplément de durée (1*).	26,75
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
09129	Visite de contrôle	42,25
09142	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	9,70
	NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :**AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée***Hospitalisation**

09150	Visite principale.	51,35
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,35
----	Supplément de consultation 81,85	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	133,20
15187	supplément pédiatrique (14 ans ou moins).	47,90

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général*

09080	Supplément de durée (1*)	10,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	51,35

AVIS : *Voir la règle 5.6 du Préambule général*

09152	Visite de contrôle.	24,60
09161	Tournée des malades le week-end	41,80
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)	

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	105,00
09096	chaque jour subséquent	61,00
<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1</i> AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>		
09097	<i>premier jour</i>	85,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	85,00
Transplantation		
09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques.	160,50
NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour aux soins intensifs.		
Externe		
+ 09162	Visite principale	34,30
+ ----	Supplément de consultation 95,70	
+ 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	130,00
09078	Supplément de durée	16,05
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.		
<u>AVIS :</u> <i>Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite</i>		
+ 09164	Visite de contrôle	34,30
09154	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	47,90
NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.		
Salle d'urgence		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	133,20

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :****AVIS :** *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

09147	Visite principale	21,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,40

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)**
Voir la règle 17 du Préambule général

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

#09201	Visite principale	34,30
#----	Supplément de consultation 95,70	
#09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	130,00
09088	Supplément de durée	16,05

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
*Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.**NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.*

#09202	Visite de contrôle	34,30
09155	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins).	47,90

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE**RÈGLE 1.****THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE**

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.**ENTREVUE AVEC UN TIERS**

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.**INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT**

3.1 Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

3.2 On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée. On distingue :

Courte intervention

La courte intervention de suivi est payée au tarif de 1,70 \$ la minute, maximum 22,10 \$.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 4.**VISITES ET THÉRAPIES**

4.1 Une visite ne peut être suivie d'une thérapie, le même jour, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

RÈGLE 5.**UNITÉS DE TEMPS**

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Inscrire la durée de la séance dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

RÈGLE 6.**VISITE DE RÉÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

6.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

RHUMATOLOGIE

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

Cabinet privé

+ 00030	Visite principale	84,00
+ 15285	patient de moins de 18 ans, supplément	12,60
+ ----	Supplément de consultation	86,00
+ 00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	170,00
+ 15286	patient de moins de 18 ans, supplément	25,50
00032	Supplément de durée (1*)	75,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	35,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

AVIS : Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée

Hospitalisation

00034	Visite principale	56,70
+ 15287	patient de moins de 18 ans, supplément	8,50
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	56,70
----	Supplément de consultation	37,80
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,50
+ 15288	patient de moins de 18 ans, supplément	14,20

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général

00037	Supplément de durée (1*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert	56,70

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général

00039	Visite de contrôle	28,40
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du <i>Préambule général</i>)	47,30

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
00054	premier jour	98,00
	chaque jour subséquent	57,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	premier jour	85,00
09098	chaque jour subséquent	85,00

00024	Visite de départ	84,00
+ 15289	patient de moins de 18 ans, supplément	12,60

AVIS : *Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT*

Externe

+ 00042	Visite principale	80,00
+ 15290	patient de moins de 18 ans, supplément	12,00
+ ----	Supplément de consultation	70,00
+ 00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	150,00
+ 15291	patient de moins de 18 ans, supplément	22,50
00044	Supplément de durée (1*)	56,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

00045	Visite de contrôle	28,40
-------	------------------------------	-------

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

AVIS : *Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée*

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre (2*)	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle (3*)	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	38,00
09172	Visite de contrôle	14,00

AVIS : (*1) *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3*
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite
(2*) *Voir la règle 5.5 du Préambule général*
(3*) *Voir la Règle d'application n° 27*

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4)
 Voir la règle 17 du Préambule général

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

#00063	Visite principale	80,00
#15292	patient de moins de 18 ans, supplément.	12,00
#----	Supplément de consultation 70,00	
#00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation	150,00
#15293	patient de moins de 18 ans, supplément.	22,50
00065	Supplément de durée (1*)	56,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle	28,40

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3
 Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite

ADDENDUM 12 – SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Pour le médecin spécialiste en santé communautaire, les honoraires sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum.

RÈGLE 1.**ENTREVUE AVEC UN TIERS**

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 2.**INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT**

Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 3**VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE**

La visite de suivi oncologique en santé communautaire est la visite que le médecin spécialiste en santé communautaire effectue auprès d'un patient hospitalisé, en externe ou en CHSLD avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle remplace la visite de contrôle et peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

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

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	125,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	34,00

**LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS
EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
(LETTRE D'ENTENTE N° 64)**

#	Évaluation d'un enfant et rapport	
	Au cabinet :	
09070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport.	150,00
	Dans un établissement :	
09071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport.	125,00
	Supplément : (cabinet ou établissement)	
09073	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives).	44,00
	<u>AVIS :</u> Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS	
	Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance	
15260	évaluation - suite à une ordonnance de la cour.	500,00
	Évaluation au vu du dossier de l'enfant	
15261	évaluation - au vu du dossier.	250,00
15262	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure.	142,86

AVIS : Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif, comptabiliser le temps en demi-heure (142,86 \$) et utiliser le code d'acte 15262.

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ou les renseignements essentiels dans les cases correspondantes de la demande de paiement dans le cas où le numéro d'assurance maladie n'est pas disponible;
- pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la case ÉTABLISSEMENT;
- pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la case ÉTABLISSEMENT et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le code d'acte 15262 dans la case ACTES;
- le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du tribunal pour fins de références ultérieures

INDEX

	<i>Page</i>
PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	C-3
Allergie	C-3
Analyses de laboratoire	C-4
Angiologie	C-5
Aphérèse	C-7
Aspiration	C-7
Audiométrie	C-7
Biopsie (unique ou multiple)	C-8
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques	C-10
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant.	C-13
Cardiologie	C-15
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques	C-17
Interventions cardiologiques	C-19
Stimulateur cardiaque	C-21
Électrophysiologie	C-23
Cathétérisme veineux	C-24
Diabétothérapie	C-25
Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)	C-26
Hémodialyse	C-27
Électroencéphalographie	C-28
Électromyographie	C-30
+ Électrolyse	C-33
Épistaxis	C-33
Épreuves de fonction respiratoire	C-33
Épreuves et études	C-33
Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées	C-34
Examens vestibulaires (bilatéral)	C-35
Gastro-entérologie	C-36
# Hémofiltration	C-41
Injections	C-41
Insufflation gazeuse	C-43
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx	C-43
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant.	C-43
Neurochirurgie	C-45
Neurologie	C-45
Obstétrique-gynécologie	C-45
Biopsie (unique ou multiple)	C-45
Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-46
Ophtalmologie	C-47
Oeil	C-47
Biopsie (unique ou multiple)	C-47
Oxygénation extracorporelle	C-51
Pléthysmographie	C-51
Phoniatrie	C-52
Photodynamie	C-53
Photothérapie	C-53
Ponctions	C-53
Potentiels évoqués	C-54
Radiologie	C-55

Procédés diagnostiques et thérapeutiques incluant, le cas échéant, le contrôle fluoroscopique, échographique, tomodensitométrique ou par IRM sauf lorsque spécifié au tarif	C-55
Angioplastie transluminale per-cutanée non coronarienne	C-55
Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse	C-56
Crânienne et spinale	C-56
Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs	C-57
Cathétérismes veineux	C-57
Embolectomie	C-58
Extraction de corps étrangers	C-58
Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux	C-59
Perfusion artérielle médicamenteuse	C-59
Interventions per-cutanées non vasculaires	C-59
Cryochirurgie pour lésions intracrâniennes, intrathoraciques, intraabdominales ou rétropéritonéales (excluant les lésions musculo-squelettiques) avec appareil dédié	C-59
Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche	C-59
Interventions hépato-biliaires	C-60
Drainage percutané de voies biliaires	C-60
Interventions digestives	C-60
Interventions mammaires	C-61
Interventions urologiques ou endo-urologiques	C-63
Interventions neuro-squelettiques	C-63
Biopsie / cytologie à l'aiguille, par voie trans-cutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-64
Infiltration ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique	C-65
Mise en place d'un cathéter percutané	C-65
Implantation de marqueurs	C-65
Injection de substance de contraste	C-66
Radio-oncologie	C-67
+ Radiothérapie palliative	C-68
Curiethérapie	C-68
Rhinosinusologie	C-69
Traitements de physiothérapie	C-72
Transplantation d'organes	C-72
Urologie	C-74
A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales	C-75
B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales	C-75
C) Urodynamie	C-76
D) Procréation assistée	C-77

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

La rémunération pour l'anesthésie locale liée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.

AVIS : *Lorsqu'un acte porte la mention « unique » ou « multiple », « un ou plusieurs », « unilatéral ou bilatéral », ne rien inscrire dans la case UNITÉS.*

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Allergie

00100	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté)		
	une seule ou plusieurs injections dans la même séance	3,00	4,00
AVIS : <i>Voir la règle d'application n° 1</i>			
+ 20500	Cuti-réaction par scarification, intradermo-réaction ou les deux, par jour :		
	tests cutanés aux inhalants, interprétation et, le cas échéant, la technique.	21,00	26,25
+ 20501	tests cutanés aux aliments, interprétation et, le cas échéant, la technique (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie) . . .	21,00	26,25
+ 20502	Scarification ou intradermoréaction		
	tests cutanés au venin d'insectes, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie). . .	50,00	60,00
+ 20503	tests cutanés aux médicaments, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour	40,00	50,00
00107	Transfert passif.	31,50	37,80
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie)	5,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00162	Test par application (patch test) :			
00163	10 tests et moins.	9,50	14,30	
00152	plus de 10 tests.	19,10	47,70	
00112	Perfusion intraveineuse de gamma globuline, incluant la surveillance.	50,00		
00836	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance.	96,00	96,00	
20504	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour.	150,00		
20505	Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour.	162,00		
00334	Test de provocation spécifique aux médicaments, toutes techniques, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour.	162,00		
00815	Désensibilisation aux médicaments, incluant tous les soins sauf la visite principale rendue le même jour, par jour.	350,00		
00161	Test de provocation bronchique non spécifi- que (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation. .	40,00		
00781	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une ou plusieurs injections par séance.	9,50	11,60	
	Dosages d'IgE spécifiques			
	Interprétation d'un ou de plusieurs tests pour un patient que le médecin a vu, par patient, par jour (pour spécialiste en allergie seulement).	21,00	21,00	

Analyse de laboratoire

00127	Examen microscopique du sédiment urinaire et interprétation (cet acte n'est payable qu'aux néphrologues).	3,60	4,50	
00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie).		2,10	
	NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant				
	Bronchoscopie :			
09362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28)	30,00		5
09363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	105,00		4
09364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00		1
+ 00724	avec cryothérapie, électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	150,00		7
09400	avec autofluorescence, supplément	100,00		1
09401	avec traitement photodynamique, supplément	150,00		1
09366	avec bronchographie, supplément	100,00		1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	150,00		1
+ 20085	avec navigation électromagnétique, supplément	100,00		1
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	100,00		1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnosti- que v.g. technique de Crystal, supplément .	50,00		1
09484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	150,00		5
00140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	150,00		1
00716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	150,00		1
20015	dilatation de sténose bronchique ou tra- chéale par insufflation successive de balon- net à pression croissante, supplément	150,00		3
00802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément . .	100,00		1
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie			
09344	chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		

AVIS : - *Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

- *Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS*

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire	269,00		6
00753	Localisation bronchoscopique d'un cancer occulte de l'arbre respiratoire, incluant biopsies multiples et aspirations cytologiques multiples, au niveau de toutes les bronches segmentaires	250,00		7
00800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23).	138,00		7
00801	Réexpansion pulmonaire sélective, par pression positive, incluant l'aspiration des sécrétions, l'examen pulmonaire pré et post opératoire et l'anesthésie locale, si employée	125,00		7
00811	Interventions percutanées transtrachéales Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations	100,00		
00812	Réinsertion d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation suite au retrait accidentel moins de huit semaines après l'insertion initiale, incluant les remplacements et les aspirations	100,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+ Électrolyse				
00352	Supervision d'un traitement d'électrolyse par quart d'heure	16,30	16,30	
	maximum par séance	65,20	65,20	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure, dans la case UNITÉS				
Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro d'autorisation accordée au préalable par la Régie				
----	Électrolyse des cils :		(Voir appareil visuel)	
Épistaxis				
20539	tamponnement nasal antérieur et postérieur	45,00	45,00	5
20540	tube gonflable	67,70	67,70	5
20541	par mèche et tampon rhinopharyngés . . .	101,60		6
Épreuves de fonction respiratoire				
(Voir tarif de la médecine de laboratoire)				
Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)				
00805	épreuve à l'amytal carotidien unilatérale . . .	61,00		
00806	épreuve à l'angiotensine	10,00	12,00	
00842	épreuve à la bromocryptine	9,75		
00807	épreuve cétogène, épreuve au glucagon et hypoglycémie cétogène comprise	20,00		
00808	épreuve à l'héparine (PHLA)	21,00		
00660	épreuve à l'histamine	9,75	11,50	
00368	épreuve d'exercice ischémique	1,10	1,10	
00369	épreuve au bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	31,50	31,50	
00687	épreuve de Kveim (sarcoïdose) sans biopsie	1,80	2,20	
00688	avec biopsie	11,50	14,00	
09319	épreuve de Miller et Zurzov	10,20	10,20	
00810	épreuve de Pak	10,60	12,50	
00415	épreuve de traction cervicale graduée, sous surveillance médicale, incluant les visites au cours de l'épreuve	95,00		
09324	test au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les visites, la surveillance médicale et l'interprétation	35,20		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09325	épreuve à la clonidine	36,00		
00666	étude du taux de sécrétion d'aldostérone . .	9,75	9,75	
00667	étude du taux de sécrétion de COF	11,90	11,90	
00396	épreuve à la sécrétine (intestins)	22,10	22,10	
00395	épreuve à la fluorescéine (intestins)	22,10	22,10	
09326	étude dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	185,00		4
00397	épreuve à l'insuline (Hollander)	17,00	17,00	
00398	épreuve de stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	17,00	20,00	
00393	épreuve de provocation biliaire à la cholécystokinine	5,00	5,00	
00394	épreuve au Tensilon (incluant l'injection) . . .	30,00	30,00	
00761	épreuve de tolérance au glucose par voie orale (O.G.T.T.), ou intraveineuse	10,00		
00399	technique d'électro-éjaculation pour patient avec lésions neurologiques incluant tous les services rendus à la même séance	232,60		
00348	test respiratoire à hydrogène	16,70		
09417	test à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	15,00		
00711	test de stimulation endorphinique incluant les visites et la surveillance	108,00		
+ 20086	oxymétrie transcutanée uni ou multi sites et son interprétation, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par Doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle Doppler avec provocation	40,00		
Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées				
00121	mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les visites des premières 48 heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse . . .	100,00	100,00	4
00272	Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée	35,70		
	NOTE : voir <i>Lettre d'entente n° 7</i>			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Examens vestibulaires (bilatéral):				
00738	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard	11,00	16,10	
00739	épreuves positionnelles	11,00	16,10	
00740	épreuves de la poursuite	11,00	16,10	
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	11,00	16,10	
00741	épreuves cervicales	11,00	16,10	
00743	épreuves optocinétiques	11,00	16,10	
00742	épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie)	11,00	16,10	
00841	épreuve à la xylocaïne-histamine pour bourdonnement d'oreilles	11,00	11,00	
00407	Extraction de bague, acte compliqué	C. S.	C. S.	4
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du Préambule général				
00410	Extraction de fécalome volumineux (PG-28) . . .	32,30	41,00	4
00791	Extraction d'un corps étranger des amygdales .	30,00	30,00	4
20542	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx	50,00	50,00	4

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

Gastro-entérologie

Malgré la Règle 8 du *Préambule général*, si une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance, celle qui comporte l'honoraire le moins élevé est payable à 90 %.

AVIS : Utiliser le modificateur 068

	Endoscopie gastro-entérologique :			
	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois :			
00691	Diagnostic (PG-23) (PG-28)	55,50	55,50	4
+ 20087	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	6,70	6,70	
00874	avec dilatation (sténose par bougirage ou fil guide) ou extraction de corps étrangers ou exérèse d'un ou plusieurs polypes ou fulguration de la muqueuse, et injections de substances sclérosantes pour contrôle d'hémorragie ou ligature varicelle endoscopique ou coagulation de lésion hémorragique ou de lésion vasculaire, une ou plusieurs, supplément (PG-23) . . .	38,90	38,90	1
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément (PG-23) .	16,70	16,70	1
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou vilieuse, une ou plusieurs, supplément . . .	110,90	110,90	2
00390	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, temps endoscopique, supplément (PG-28)	38,90		1
00391	temps chirurgical effectué par un autre médecin spécialiste	55,40		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	16,70		
00548	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	55,40		2
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant .	61,90		
20040	Oesophagoscopie rigide incluant la biopsie, le cas échéant (PG-23)	132,00		5
00877	exérèse de corps étranger par oesophagoscopie rigide, supplément (PG-23)	96,00		

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 00874.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09374	Cholédochoscopie transistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	127,60		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastroscopie	144,10	144,10	6
+ 20088	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	17,30	17,30	
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	78,60		
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion transendoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique	221,70		5
+ 20089	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	26,60		
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément	77,60		1
+ 20090	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	9,30		
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.			
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	168,90	168,90	4
+ 20091	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	20,30	20,30	
20030	si biopsie(s) de l'iléon par iléoscopie, supplément	26,40	26,40	
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	94,30	94,30	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28)	61,00	61,00	4
20039	Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles	168,90	168,90	4
20041	Coloscopie et intubation caecale chez un patient à haut risque de développer un cancer colorectal (présence de signes ou de symptômes)	168,90	168,90	4

AVIS : Voir la Règle d'application n° 6 pour les codes 20039 et 20041

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	38,90	38,90	
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	38,90	38,90	5
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	55,40	55,40	
+ 20092	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	6,60	6,60	
	chaque polype additionnel	13,90	13,90	
	Maximum dix (10) polypes excisés			
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS</i>			
20042	Coloscopie avec recherche de dysplasie dans les cas de maladies inflammatoires intestinales (MII), toutes techniques, incluant les biopsies	264,00	264,00	4
	NOTE : Ce service médical inclut l'exploration de tout le cadre colique chez un patient porteur d'une maladie inflammatoire intestinale (MII) de plus de 10 ans d'évolution et elle doit s'accompagner d'au moins 8 biopsies pour chacun des segments examinés (droit, transverse, descendant, rectosigmoïde).			
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	16,70	16,70	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément.	55,40	55,40	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou vilieuse au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément.	110,90	110,90	2
20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	38,90	38,90	4
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation (PG-28).	15,80	15,80	4
00636	avec biopsie unique ou multiple (PG-28) . .	23,30	23,30	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie (PG-28)	56,10	56,10	4
	chaque polype additionnel	9,50	9,50	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés).	122,60	122,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de polypes dans la case UNITÉS			
+ 20093	Oesophage lecture et interprétation d'un tracé de manométrie oesophagienne.	26,00		
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures . .	55,40	55,40	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	27,80		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	110,90		
00571	pH oesophagien pour reflux.	22,20	22,20	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein).	20,30	20,30	
00562	bougirage incluant la fluoroscopie (PG-28)	23,30	23,30	4
00563	cardio-myorrhexie.	72,10	72,10	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (PG-28).	22,20	22,20	4
00574	supervision par jour	10,30	10,30	
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 6			
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie trans- hépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	83,20		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à bal- lonnet introduit par voie fémorale transcutanée, par voie jugulaire ou par voie sous-clavière. . .	100,00		
	Cathétérisme sus-hépatique par voie trans- jugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	70,40		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio- oesophagiennes par embolisation sélective. .	101,70		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution.	105,00		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	55,40		
+ 20094	Lecture et interprétation d'un tracé de manométrie anorectale	26,00		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I. C. G. (indocyanine green)	70,40		
00876	Shunt porto-cave intrahépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronc porte par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt	450,00		
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat)	55,40		
	Exploration de l'intestin grêle à partir du ligament de Treitz jusqu'à la valvule iléo-caecale, à l'aide de la vidéo capsule endoscopique (Givens)			
20043	lecture et interprétation	158,40	158,40	
	NOTE : L'acte codé 20043 ne peut pas être facturé plus d'une fois par année, par patient.			
	Entéroscopie par double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale			
20044	entre 50 cm et 100 cm	184,80		6
20045	plus de 100 cm	264,00		6
20046	biopsie unique ou multiple, supplément.	15,80		
20047	exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément	42,20		
	chaque polype additionnel	10,60		
	Maximum dix (10) polypes excisés			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS			
20048	avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément	37,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Hémofiltration				
	Hémofiltration veino-veineuse ou artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf la première visite et l'insertion du cathéter			
09382	3 premiers jours, par patient, par jour	131,80		
09383	après 3 jours, par patient, par jour	52,50		
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1 ^{er} jour	157,50		
09427	2 ^e jour	78,80		
09428	3 ^e jour	75,00		
09429	par jour subséquent	39,40		
<u>AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement</u>				
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) . .	146,40		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,50		
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	162,80	183,80	6
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	58,00	58,00	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	55,00	55,00	4
Injections				
00430	injection de médicament dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	14,10	16,90	
+ 20095	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	2,10	2,50	
20049	injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28)	25,00		
20050	si guidée par échographie ou EMG, supplément (PG-28)	35,00		
	NOTE : Maximum 1 séance par 4 mois, par patient. Ce maximum est applicable pour les actes codés 20049 et 20050.			
09487	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	25,00	25,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00305	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 (PG-28)	120,00	120,00	4
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial (PG-28)	75,00	75,00	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée (PG-28)	60,00		5
00431	injection de médicament dans une bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum 3)	11,00	13,20	
+ 20096	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	1,70	2,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'injections dans la case UNITÉS				
00429	injection de médicament dans les cornets du nez	16,90	17,80	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatéral	27,30		4
00432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique	30,00	30,00	
00816	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)	9,75	11,50	
00466	cavernographie			
	hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire	36,00		
NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé				
00443	hystérosalpingographie	26,00	29,00	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	27,10		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	21,70		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie)	109,00	109,00	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	35,00	41,00	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	98,00	98,00	8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	52,00	52,00	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclérosante pour hémorroïdes	8,90	10,70	
00201	Injection de l'articulation temporo-mandibulaire			
	médication intra-articulaire incluant la substance	23,10	23,10	
00228	médication sclérosante incluant la substance	50,00	50,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00470	Injection intra-abdominale (chimiothérapie)			
00472	la première injection.....	31,50	31,50	
	chacune des injections subséquentes			
	à la même séance.....	15,00	15,00	
00475	Injection intrapleurale (chimiothérapie)			
00476	la première injection.....	50,00	50,00	
	chacune des injections subséquentes			
	à la même séance.....	25,00	25,00	
00480	Injection intrathécale de médicaments			
	(si injection de phénol ou d'alcool,			
	la rémunération est doublée) : (MOD=052) ...	15,00	15,00	4
00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour			
	perfusion en situation d'urgence.....	38,60		
00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter			
	percutané transabdominal, tout type, incluant			
	les manipulations, les irrigations et l'exérèse			
	(ne peut être facturé pour une ponction			
	abdominale pour fins diagnostiques).....	150,00		5
	Insufflation gazeuse			
00497	pneumomédiastin.....	15,00	15,00	
00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal).....	9,75	9,75	
00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal).....	24,00	24,00	
00505	pneumothorax thérapeutique amorce.....	15,00	15,00	
00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation...	11,60	11,60	
	traitement de pneumothorax			
00615	ponction évacuatrice (PG-28).....	27,60	27,60	
00616	aiguille et drainage continu (PG-28).....	46,20	46,20	
	Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie			
	du larynx			
	avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous			
	anesthésie générale			
00519	directe (PG-23) (PG-28).....	65,50		4
00511	à suspension (PG-23).....	93,70		5
00512	au microscope (PG-23).....	122,90		5
00471	Évaluation nasopharyngoscopique de			
	la fonction vélopharyngée.....	78,80		
	Bronchoscopie rigide incluant la laryngosco-			
	pie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse			
	de tumeur, le cas échéant			
00515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie			
	(PG-23) (PG-28).....	166,80		7
00516	avec extraction de corps étranger,			
	supplément (PG-23).....	157,50		1
20594	avec canulation de fistule trachéo-			
	oesophagienne, supplément (PG-23)	157,50		1
+ 00878	avec cryothérapie ou électrocoagulation			
	ou photocoagulation au laser, supplément .	150,00		5
00879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale			
	par application d'une colle biologique,			
	supplément.....	150,00		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément.	157,50		1
00881	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément.	150,00		1
20016	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément.	150,00		3
00882	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément. .	100,00		1
00547	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément.	31,50		
<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complété au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS</i>				
00799	Trachéoscopie rigide (PG-23) (PG-28) NOTE : Le service médical codé 00799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.	107,80		4
20051	Changement de canule trachéale sauf pour patient porteur d'une laryngectomie totale	30,00	30,00	
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23) (PG-28)	139,00		5
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	9,75	11,50	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	16,90	16,90	
00523	Manipulations vertébrales	15,30	18,00	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques à l'exception de la cheville, sans anesthésie	12,00	14,10	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG-28)	115,50	115,50	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	35,30	42,30	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Photodynamie			
20060	Supervision d'une thérapie photodynamique pour le traitement des kératoses actiniques multiples (10 lésions et plus) sur un même site, des carcinomes spinocellulaires et basocellulaires	60,70	86,70	
	Photothérapie			
00820	Supervision d'un traitement de photothérapie	4,50	17,40	
20061	Supervision d'un traitement de photochimiothérapie	11,00	24,00	
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n°22			
	Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)			
00582	abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques (PG-28)	10,80	10,80	4
	Administration de chimiothérapie incluant évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique :			
00583	première injection	30,00	30,00	
00603	chaque injection subséquente à la même séance	25,50	25,50	
00585	artérielle pour prélèvement sanguin ou pour mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (PG-23) (PG-28)	15,00	15,00	
	NOTE : L'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut la ponction de sang artériel dans le cathéter. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie ou en pneumologie.			
00253	Ponction articulaire ou de la bourse séreuse (PG-28)	14,10	14,10	4
00235	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (PG-28)	35,00	35,00	4
+ 20097	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	5,30	5,30	
09402	recherche de cristaux (réservé aux rhumatologues)	40,00	40,00	
+ 20098	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	6,00	6,00	
00591	réinfusion d'ascite i.v.	24,00	24,00	
00592	ganglion, un ou plusieurs (PG-28)	15,50	17,60	
00594	kyste mammaire	16,80	20,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00596	lombaire			
	avec ou sans épreuve manométrique, (PG-23) (PG-28)	50,00	50,00	4
+ 20595	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23) (PG-28)	50,00		
	avec ou sans épreuve manométrique, avec injection intrathécale de médicaments			
00593	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28) . .	51,00	51,00	4
00595	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28) .	61,00	61,00	4
00599	supplément pour durée de 30 minutes ou plus	10,70	10,70	
00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	130,00		
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise (PG-28)	35,00		
00598	périnéale et insufflation gazeuse	25,20	25,20	4
09418	pleurale (PG-28)	65,00	65,00	4
20596	réservoir (dérivation ou Omay) pour retrait de liquide céphalo-rachidien	50,00		8
00604	saignée	8,75	10,50	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en gastro-entérologie.			
00605	splénique (aspiration et manométrie)	52,00	52,00	4
00751	veine fémorale ou jugulaire A8-1, (PG-23) (PG-28)	15,00	15,00	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en néphrologie.			
00611	vessie (PG-23) (PG-28)	22,00	22,00	

Potentiels évoqués

Les potentiels évoqués auditifs ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en oto-rhino-laryngologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

Les potentiels évoqués cortical ou dorsal ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en neurologie ou en neurochirurgie.

Les potentiels évoqués visuels ne sont payables qu'aux spécialistes détenant un certificat en ophtalmologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

Audiométrie par potentiel évoqué auditif (patient de 6 ans ou moins)

00158	interprétation	11,60	11,60	
09423	interprétation et technique de procédé (PG-28)	46,90	54,30	
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation nerveuse périphérique (PG-23)			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
INFILTRATION OU PONCTION OU DRAINAGE (Kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique				
NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.				
00418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant.	78,80	116,10	4
NOTE : Ce service ne peut pas être facturé le même jour que la radiographie et/ou l'arthrographie pratiquées au même site.				
	kyste ou abcès profond :			
00124	membre	63,00	84,00	4
00324	colonne ou paravertébral	110,70		6
00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	55,30	77,50	4
00299	kyste rénal	66,20	66,20	4
00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale ..	105,00	125,00	4
20598	injection unique ou multiple dans une même articulation excluant coxo-fémorale et sacro-iliaque, bourse, gaine tendineuse ou tendon incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la ponction.	60,00	80,00	4
Mise en place d'un cathéter percutané				
insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse				
+ 09472	thoracique, médiastinal ou abdominal	157,50		5
20075	pour drainage d'ascite	55,30	73,50	5
09474	pseudokyste pancréatique toute voie d'approche	100,00		
Implantation de marqueur(s)				
00491	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage et/ou du traitement d'un organe ou d'une tumeur	35,00	105,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE				
09476	Cavernosographie : investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant la ponction directe, l'opacification et la prise de clichés, l'étude débiométrique avec ou sans injection de papavérine intracaverneuse)	90,00		
00484	Néphrostographie, examen de vessie iléale . NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.	17,10	17,10	5
09477	Injection intraveineuse ou intramusculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du colon	5,60	6,60	
00442	Galactographie	23,20	23,20	
20076	Gorgée barytée modifiée examen effectué en présence du physiatre ou du radiologiste et d'un ou des membres du personnel de réa- daptation. Il s'agit d'une analyse exhaustive de la déglutition avec un minimum de deux consistances barytées (liquide, pâte, solide).	73,50		
00444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	16,80	16,80	
00462	Lymphographie incluant la dissection	37,90	37,90	4
09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	91,40		
00155	Opacification des sinus paranasaux	6,20	6,20	
09479	Phlébographie par ponction osseuse.	87,00		
00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	15,90	15,90	
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			
00453	Splénoportographie aspiratrice et manomé- trie, incluant la prise de clichés	75,00	75,00	4

Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
-----------------------------	------------------	---------------------------

RADIO-ONCOLOGIE

+ **L'Article 8.1 du Préambule général ne s'applique pas à la radio-oncologie, à la radiothérapie palliative et à la curiethérapie.**

AVIS : *Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement. Vous devez utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.*

08501	Examen, sous anesthésie générale ou régionale, effectué par un radio-oncologue ou conjointement avec un médecin d'une autre discipline	50,00	4
08502	Installation d'un tube nasogastrique, dans les cas de cancer des voies aérodigestives supérieures	30,00	
08510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	68,00	
08511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	89,20	
+ 08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomomodensitométrie, lésions non cutanées	166,70	
08503	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	30,00	
08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité ...	49,40	
08504	Radiothérapie avec modulation d'intensité par planification inverse	350,00	
	NOTE : L'acte codé 08504 et l'acte codé 08564 sont mutuellement exclusifs.		
08565	Fusion d'images	49,40	
08554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	350,00	
08555	Irradiation héli-corporelle incluant la planification et les séances de traitement	132,80	
08513	Traitement par isotopes métabolisés	32,90	4
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide	31,00	4
08515	Application de radio-isotope par plaque	26,00	5
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	947,00	
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	947,00	
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	25,50	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	12,70		
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie transcutanée)	32,10		
08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	53,00		4
08551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	112,60		6
08552	Radiothérapie de contact intracavitaire (vagin)	112,60		5

+ **RADIOTHÉRAPIE PALLIATIVE**

+ 08512	Soins médicaux à visée palliative, prodigués par un médecin spécialiste en radio-oncologie, par site anatomique	326,20		
	NOTE : L'acte codé 08512 ne peut être facturé avec les actes codés 08511, 08518, 08519, 08520 et 08553 le même jour.			

AVIS : *Indiquer le site anatomique traité dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*

CURIETHERAPIE

08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle.	42,50		
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomодensitométrie	59,40		
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :			
08524	bronches (PG-28)	80,00		6
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente) (PG-28)	95,00		5
08528	corps utérin (PG-28)	80,00		5
08541	vagin (cavité vaginale) (PG-28)	80,00		6
08544	voies biliaires (PG-28)	80,00		4
08556	oesophage (PG-28)	80,00		5
08557	cavité buccale (moulage) (PG-28)	57,00		5
08558	nasopharynx (PG-28)	80,00		5
08559	rectum (PG-28)	80,00		5
08560	anus (PG-28)	80,00		5
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :			
08523	anus (PG-28)	172,00		5
08525	cavité buccale excluant la langue (PG-28)	172,00		7
08526	cerveau (PG-28)	172,00		6
08529	ganglions (PG-28)	254,00		5
08530	hypopharynx (PG-28)	254,00		6
08531	langue, portion mobile (PG-28)	172,00		6

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
08532	lèvres (PG-28)	133,00		5
08533	médiastin (PG-28)	239,00		6
08534	oropharynx, incluant la base de la langue (PG-28)	254,00		6
08535	peau (PG-28)	92,00		5
08536	pénis (PG-28)	162,00		4
08537	rectum (PG-28)	254,00		5
08538	sein (PG-28)	92,00		6
08539	tissus conjonctifs après résection (PG-28) . .	172,00		4
08540	tissus conjonctifs sans résection (PG-28) . .	331,00		5
08542	vagin (paroi vaginale) (PG-28)	172,00		4
08543	vessie (PG-28)	172,00		4
08561	prostate (PG-28)	254,00		5
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement			
08562	implant interstitiel	64,70		
08563	implant endocavitaire	45,60		
	Insertion de substance radioactive :			
08545	temporaire	50,90		4
08546	permanente	178,40		4
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	36,60		
08548	Retrait du matériel radioactif (PG-28)	40,30		
08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	82,80		6
08550	Retrait du matériel d'implantation (PG-28) . . .	50,90		
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	55,90	55,90	

RHINOSINUSOLOGIE

20081	Évaluation par un test standardisé de l'olfac- tion (épreuve portant sur 40 testeurs révélés par grattage et connue comme étant le test d'identification olfactive de Pittsburgh)	30,00	70,00	
	Rhinomanométrie			
00783	interprétation	6,30		
00638	technique et interprétation		10,00	
00733	étude de la résistance nasale par pléthysmographie corporelle	22,60		4
00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale (1*) . .	83,90		5
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique (1*)	27,30	36,50	4
20082	si biopsie unique ou multiple, supplément . .	24,00	24,00	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives.			
AVIS :	(1*) Voir le plafonnement d'activités PA18. Oto-rhino- laryngologie sous l'onglet Règles d'application			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00640	Sinus : frontal, lavage initial unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	34,00	35,90	4
00633	frontal, lavage subséquent (un ou plusieurs au cours de la même séance)	31,70	32,90	4
00641	maxillaire, lavage initial unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance), inclus dans la méatoscopie, le cas échéant .	29,00	30,40	4
00642	maxillaire, lavage subséquent (un ou plusieurs au cours de la même séance)	26,60	27,50	4
00627	Méatoscopie, unilatérale ou bilatérale.	29,30		5
	NOTE : La méatoscopie per-opérateur n'est pas payable sauf pour les codes chirurgicaux 03301, 03804 et 03806.			
	Nettoyage de la cavité ethmoïdienne pendant le premier mois postopératoire, incluant la méatoscopie			
00657	unilatéral	50,80		
00658	bilatéral	67,70		
00275	Thoracoscopie incluant, le cas échéant, biopsie, section d'adhérences et drainage thoracique	77,00	77,00	4
00276	Drainage thoracique fermé par pleurotomie (PG-28)	120,00		4
00277	pleurodèse, supplément (PG-28)	63,00		
20083	Thrombolyse intraveineuse lors d'un accident vasculaire cérébral incluant la mise en marche et l'ensemble des soins pendant la thrombolyse mais excluant la première visite.	600,00		
	Traitement d'empyème			
00278	drainage par costectomie	150,60		5
00279	par fermeture de fenêtre thoracique.	140,00		4
	Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre) (le patient et le médecin sont dans la chambre)			
00837	première heure (1*)	276,20		12
09346	pour chaque patient additionnel traité simultanément (1*)	76,00		
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (1*)	45,70		
09347	pour chaque patient additionnel traité simultanément	11,00		

AVIS : (1*) Inscrire l'heure de début et de fin dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNE-
MENTS COMPLÉMENTAIRES.

INDEX

Page

ADDENDUM 8 - ANESTHÉSIOLOGIE	D-2
Interprétation	D-2
Règle 1 - Honoraire global	D-2
Règle 2 - Visites	D-2
# Règle 3 - Mode de calcul de l'honoraire d'anesthésie	D-3
Règle 4 - Durée	D-3
Règle 5 - Interruption de l'anesthésie	D-3
Règle 6 - Procédure diagnostique pré-chirurgicale	D-3
Règle 7 - Chirurgies multiples	D-3
Règle 8 - Anesthésiologiste collaborateur	D-4
Règle 9 - Remplacement en cours d'intervention	D-4
Règle 10 - Participation	D-4
Règle 11 - Anesthésies simultanées	D-4
Règle 12 - Majoration d'honoraires pour certains services	D-5
Règle 13 - Majoration d'honoraires selon l'âge	D-6
Règle 14 - Majoration des unités de base	D-6
Valeur de l'unité	D-7
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale	D-7
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil	D-8
Anesthésie générale pour chirurgie de l'oeil	D-8
Anesthésie obstétricale	D-8
Anesthésie diagnostique et thérapeutique	D-9
Anesthésie en soins palliatifs	D-11
Inhalothérapie	D-11
Soins spéciaux	D-12
Cathétérisme veineux	D-12
Soins de ventilation	D-13
# Coeur-poumon artificiel	D-15
Transplantations	D-15
Divers	D-15
Tableau de correspondance des unités de durée	D-17

D - ANESTHÉSIOLOGIE

ADDENDUM 8. - ANESTHÉSIOLOGIE

INTERPRÉTATION

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie.

Sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1 ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base.

Les procédures nouvelles sont payées suivant le tarif agréé par les parties, sauf celles qu'elles déterminent.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au *Préambule général*.

AVIS : Voir la règle 5 du *Préambule général*

Dans le cas où la durée de l'anesthésie sous-jacente à une intervention est de 5 heures ou moins, le supplément est de 6 unités. Pour une durée de plus de 5 heures, le supplément est de 8 unités. Dans tous les cas, le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie ou les blocs visés ci-dessus n'est pas compté dans les unités de temps de l'anesthésie.

AVIS : *Veuillez utiliser les codes d'acte suivants en supplément aux unités de base d'une intervention :*

41008 :	Anesthésie sous jacente à une intervention de 5 heures ou moins, supplément.	6 unités
41009 :	Anesthésie sous jacente à une intervention de plus de 5 heures, supplément	8 unités

Ces services sont seulement payables en rôle 2.

Les unités de durée ne sont pas permises pour ces codes. Les suppléments 41008 et 41009 doivent être réclamés sur la demande de paiement relative au patient auprès duquel l'intervention anesthésique sous-jacente de la règle 11.2 a été effectuée.

RÈGLE 12.

MAJORATION D'HONORAIRES POUR CERTAINS SERVICES

Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 15 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'**Accord-cadre** pour les interventions suivantes effectuées entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

- i. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (**Annexe 6** de l'**Accord-cadre**) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'**Annexe 29** et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
- ii. Les services médicaux codés 00901, 00927, 00939, 00991, 04516, 08329, 09403, 09404, 09405, 41002, 41005, 41023 et 41024, sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'**Annexe 29** et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

AVIS : *Utiliser le modificateur 919 pour demander la majoration d'honoraires*

Pour les suites d'opération entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, utiliser le modificateur multiple suivant :

225 multiple de (098-919) : Suite de l'opération non majorée pour les soins d'urgence et majoration d'honoraires de 15 %.

En dehors des plages de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h, utiliser les modificateurs simples de suites d'opération existants.

Voir les exemples de facturation associés à l'utilisation de ces modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement du manuel des médecins spécialistes.

Pour la facturation de combinaisons de modificateurs non définies par un multiple, utiliser le modificateur 099 et inscrire dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les modificateurs qui s'appliquent.

RÈGLE 13.**MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE**

13.1 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur. (MOD=166)

13.2 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'*Annexe 41*. (MOD=015)

13.3 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'*Annexe 41*. (MOD=022)

RÈGLE 14.**MAJORATION DES UNITÉS DE BASE**

14.1 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte 41033) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'*Annexe 41*, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS, INHALOTHÉRAPIE, SOINS SPÉCIAUX et SOINS DE VENTILATION de l'Onglet D – ANESTHÉSIOLOGIE.

14.2 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte 41034) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en position ventrale. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'*Annexe 41*, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS, INHALOTHÉRAPIE, SOINS SPÉCIAUX et SOINS DE VENTILATION de l'Onglet D – ANESTHÉSIOLOGIE.

14.3 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code d'acte 41035) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en provenance des soins intensifs, des soins coronariens ou des soins néonataux. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux apparaissant sous les rubriques ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS, INHALOTHÉRAPIE, SOINS SPÉCIAUX et SOINS DE VENTILATION de l'Onglet D – ANESTHÉSIOLOGIE.

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

- + Lorsque le cœur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du cœur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à 18 (MOD=036). 18*

AVIS : Lorsque le modificateur 036 est utilisé, inscrire le code de l'acte anesthésique; la valeur des unités de base devient 18 unités. Calculer les unités totales selon la procédure habituelle.

TRANSPLANTATIONS

- 00932 Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base. 12*

DIVERS

- 00981 Anesthésie pour angioradiologie PG-23 6*
 00982 Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne 6*
 00954 Anesthésie pour électroconvulsothérapie 4*
 00986 Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur 4*
 00958 Anesthésie générale pour épiglottite PG-23 10*
 00971 Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale 4*
 00972 Anesthésie pour ablation de points de suture 4*
 00974 Tamponnement nasal antérieur 4*
 00975 anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'exams faits au cours de la même anesthésie 7*

 00973 Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'exams faits au cours de la même anesthésie 10*
 anesthésie pour examen ophtalmologique :
 00955 sans intubation 5*
 00956 avec intubation 5*
 00976 anesthésie pour examen sous anesthésie générale 4*
 00977 anesthésie pour circulation assistée 8*
 00978 anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire 8*
 00979 anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire 7*
 41031 anesthésie pour traitement en radio-oncologie chez un patient de moins de 18 ans PG-23 10*
 00983 anesthésie pour télécobalthérapie 4*

R = 1 R = 2

00985	Monitoring d'un foetus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément.	1
01902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale.	10*

AVIS : *Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT*

41032	Présence de l'anesthésiologiste en salle d'opération pour monitoring et constatation du décès cardiocirculatoire chez un donneur d'organes avant une mort cérébrale (Programme DDC) "I"	4*
	NOTE : L'acte codé 41032 identifié par la mention "I" représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical, à la même séance.	

AVIS : *Le code d'acte 41032 est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Remplir les cases PRÉNOM ET NOM A LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE ET ADRESSE (province ou pays de résidence) du donneur.*

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE	E-2
Règle 1 - Honoraire global	E-2
Règle 2 - Visites	E-2
Règle 3 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	E-4
Règle 4 - Soins simultanés	E-4
Règle 5 - Soins post-opératoires confiés	E-5
Règle 6 - Chirurgie incluse ou complémentaire	E-5
Règle 7 - Séances opératoires distinctes	E-5
Règle 8 - Chirurgies multiples	E-6
Règle 9 - Chirurgies distinctes	E-7
Règle 10 - Assistance	E-7
Règle 11 - Forfait pour chirurgie oncologique complexe	E-8
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	E-9
# Règle 12 - Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatismes ou pour malformation congénitale complexe	E-10
CHIRURGIE PLASTIQUE	E-11
Règle 13 - Forfait pour chirurgie complexe	E-12
NEUROCHIRURGIE	E-12
Règle 14 - Forfait pour chirurgie oculaire complexe	E-13
OPHTALMOLOGIE	E-13
Règle 15 - Honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées pendant certaines heures	E-14
ADDENDUM 7 - MICROCHIRURGIE	E-15
Règle 1 - Application	E-15
Règle 2 - Description des nerfs	E-15
Règle 3 - Tarification	E-15

E - CHIRURGIE

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-opératoires ainsi que certaines visites.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques et aux patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs. Il prévoit aussi le paiement d'honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées au cours de certaines heures durant la journée.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite, sauf disposition contraire.

En pré-opératoire, on lui accorde l'honoraire de la visite principale ou de la visite de contrôle, suivant les règles de tarification prévues au *Préambule général*.

AVIS : Voir la règle 5 du Préambule général ainsi que la règle d'application n° 7

En post-opératoire, c'est le tarif de la visite de contrôle.

2.2 Il n'y a pas d'honoraire de visite le jour de l'intervention.

A titre d'exception, le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite s'il s'agit d'un patient traité d'urgence et dont il a pris charge le même jour.

AVIS : *Lors d'une situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent, veuillez utiliser le modificateur 179.*

Le médecin spécialiste en médecine d'urgence n'a pas à inscrire le modificateur 179 pour les services rendus à la salle d'urgence.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 51 \$ ou moins.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1^{er} juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie : ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Toutefois, pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie ou en ophtalmologie les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention.

RÈGLE 9. CHIRURGIES DISTINCTES

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique.

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

RÈGLE 10. ASSISTANCE

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer que sa demande de paiement porte le même acte (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Cependant, le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code d'acte de son entente correspondant au service rendu.

RÈGLE 11. FORFAIT POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE

11.1 Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie oncologique, de fracture cervico-faciale multiple complexe, de reconstruction cervico-faciale complexe ou de chirurgie oto-neurologique d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS : Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux..., voir le code d'acte 07251

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée sauf s'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'*Annexe 15*.

AVIS : Pour le prélèvement d'un lambeau microanastomosé, voir les codes d'acte 01425 et 01426

Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 100 \$ de l'heure. Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (25 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :

05987 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total

05988 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total

05989 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total

05990 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total

05991 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total

05992 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES .

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé et aucun modificateur n'est permis pour ces codes d'acte.

- + Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'acte 05993, 05994, 05995, 05996, 05997 et 05998

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Forfait pour chirurgie oncologique complexe ou pour fracture cervico-faciale multiple complexe ou pour reconstruction cervico-faciale complexe ou pour chirurgie oto-neurologique
(acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie seulement)

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	926,10	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 157,60	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 742,30	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	1 991,10	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 488,90	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 235,60	18

NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (codes d'acte 01425 01426) par un médecin de la même discipline, ce dernier peut facturer ce service à plein tarif nonobstant la Règle 9 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*

AVIS : Voir la Règle 11 de l'*Addendum 4 - Chirurgie*
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

RÈGLE 12.**FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE OU POUR LES GRANDS TRAUMATISÉS OU POUR MALFORMATION CONGÉNITALE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou chez les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe, d'une durée anesthésiologique de six heures ou plus, sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'**Annexe 15**. De plus, lorsqu'un supplément d'honoraires est payable pour les microanastomoses vasculaires ou nerveuses, le médecin assistant a également droit à 25 % du tarif.

- + Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 100 \$ de l'heure.

Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (25 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants sauf 05906, 05907, 05912 et 05913 pour lesquels les honoraires sont identifiés :

05908 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total

05909 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total

05910 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total

05911 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures

05912 par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément 175 \$

05906 si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément C.S.

05913 par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément 150 \$

05907 si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément C.S.

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
 - le code d'établissement dans la case appropriée;
 - le code d'acte approprié dans la case ACTES;
 - le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
 - les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL.
- Pour les actes 05906 et 05907 avec un tarif C.S., voir la Règle 16 du Préambule général ;*
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe

05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total . . .	2 000,00	18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	2 500,00	18
05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	3 000,00	18
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 500,00	18
05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	700,00	
05914	si microanastomose vasculaire excédentaire supplément (1*)	C.S.	
05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2) supplément	600,00	
05915	si microanastomose nerveuse excédentaire supplément (1*)	C.S.	

NOTE : Le protocole opératoire est requis pour les actes codés 05914 et 05915.

AVIS : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - Chirurgie
- Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

AVIS : (1*) Voir la règle 16 du Préambule général

RÈGLE 13.**FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

- + Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes d'actes 05954 à 05962

R = 1**R = 2****NEUROCHIRURGIE**

Forfait pour chirurgie complexe
(acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie
seulement)

05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 866,40	18
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 333,00	18
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 007,00	18

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- *Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Assistance opératoire :

05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	295,50
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	492,50
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	689,50
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	886,50
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 083,60
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures . .	1 182,10

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la Règle 14 du *Préambule général* s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie
- *Inscrire l'heure de début et de fin de la durée anesthésiologique de l'assistance opératoire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

RÈGLE 14.**FORFAIT POUR CHIRURGIE OCULAIRE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les cas de chirurgie oculaire complexe d'une durée de plus de 90 minutes sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur une base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'**Annexe 15**.

- + Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps opératoire, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 100 \$ de l'heure.

Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quart d'heure (25 \$) et utiliser un des codes d'acte suivants :

05952 Assistance pour une durée opératoire d'une heure et demie

05953 Assistance par quart d'heure additionnel

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'établissement dans la case appropriée;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS;
- les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

R = 1

R = 2

OPHTALMOLOGIE

	Forfait pour chirurgie oculaire complexe (acte réservé aux spécialistes en ophtalmologie seulement)		
05950	durée opératoire d'une heure et demie	450,00	15
05951	par quart d'heure additionnel	75,00	

AVIS : Voir la règle 14 de l'Addendum 4 – Chirurgie

- Inscrire l'heure de début et de fin
de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC
PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES

RÈGLE 15.

HONORAIRES ADDITIONNELS POUR LES CHIRURGIES EFFECTUÉES PENDANT CERTAINES HEURES

15.1 Un honoraire additionnel est versé au chirurgien pour une chirurgie effectuée en établissement pendant certaines heures.

Cet honoraire ne s'applique qu'au médecin classé dans une des disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, obstétrique, gynécologie, obstétrique-gynécologie, neurochirurgie, urologie ou ophtalmologie.

De plus, cet honoraire ne s'applique qu'à l'égard d'une chirurgie apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie - *Annexe 6* de l'*Accord-cadre* et qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2) et impliquant l'intervention d'un médecin anesthésiologiste.

15.2 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le chirurgien qui satisfait aux conditions prévues à la règle 15.1 a également droit aux honoraires suivants :

- i) Lorsqu'une chirurgie débute entre 7 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel de 100 \$.

05916 Honoraire additionnel a. m. **100 \$**

AVIS : *Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

- ii) Lorsqu'une chirurgie a cours entre 15 h et 19 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel sous forme d'unités de durée, lesquelles correspondent au temps opératoire que le chirurgien consacre au soin du malade pendant cette période.

On calcule le temps opératoire par période de 15 minutes. On compte comme une période, le dernier temps d'une opération, même s'il ne dure pas 15 minutes.

La valeur d'une unité de durée est de 20 \$.

05917 Honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes **20 \$**

AVIS : *Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée*

15.3 Pour les fins d'application de la règle 15.2 (i), la chirurgie est présumée débiter lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction.

15.4 Un chirurgien ne peut réclamer le paiement de plus d'un honoraire prévu à la règle 15.2 (i) par jour. De plus, cet honoraire ne peut être payable qu'une fois par jour par patient, pour l'ensemble des médecins chirurgiens.

15.5 Lorsqu'une disposition de l'*Accord-cadre* prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

		R = 1	R = 2
01133	Autre région sous anesthésie locale	56,90	
01134	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	250,00	6

AVIS : Voir la règle 16 du Préambule général

Excision de lésion cancéreuse de la peau selon la technique de Tromovitch

01199	première couche (PG-28)	250,00	6
01190	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28) maximum : 2 couches	100,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de couches dans la case UNITÉS.

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :

- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
- l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;
- la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.

NOTE : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit :

- d'un cancer récidivant ou
- d'une tumeur de plus de 1 cm au visage ou au cou ou
- d'une tumeur de plus de 2 cm au niveau des membres supérieurs ou
- d'une tumeur de plus de 3 cm au niveau du tronc ou des membres inférieurs ou
- d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière, une narine, une main, un pied, l'anus ou les organes génitaux si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou
- d'un cancer morphéiforme ou infiltrant

+

NOTE : Les actes codés 01302 et 01303 ne peuvent pas être facturés dans les cas de mélanome, à l'exception des mélanomes de type lentigo malin superficiel.

		R = 1	R = 2
01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	400,00	
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	100,00	

AVIS : *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de couches dans la case UNITÉS.*

CRYOCHIRURGIE

Tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques
(biopsies comprises) :

NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation.
Ne peut être utilisé pour la cryothérapie

01143	face, cou et organes génitaux	54,20	5
01144	autre région	27,10	4

LIPECTOMIE FONCTIONNELLE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01010, 01012, 01021, 01210 et 01211 sont réclamés.*

01010	Excision du tablier graisseux abdominal	650,00	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	400,00	5
01021	membre inférieur	600,00	5
	Liposuction d'un lambeau préalablement greffé :		
01210	sous anesthésie locale	60,00	
01211	sous anesthésie générale	90,00	5

ONYCECTOMIE

doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :

01215	simple	25,20	4
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire	125,00	5

SINUS PILONIDAL

(kyste sacro-coccygien):

01217	excision simple	189,00	5
01220	excision et plastie	194,30	5
01221	marsupialisation	189,00	5

EXÉRÈSE DE CORPS ÉTRANGERS

01196	simple (PG-28)	28,00	4
01197	compliquée	C.S.	6

AVIS : *Voir la règle 16 du Préambule général*

		R = 1	R = 2
Luxation			
	acromio-claviculaire		
18096	réduction fermée et fixation percutanée.	200,00	5
02548	réduction ouverte.	450,00	6
	gléno-humérale		
02546	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
02549	réduction ouverte.	650,00	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site.		
	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02573	de type Magnuson ou Putti-Platt.	450,00	6
02575	de type Bankart ou Bristow.	650,00	6
18097	fixation transosseuse de lésion « slap »	450,00	6
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	750,00	6
18142	si greffe osseuse à la tête humérale ou glène, supplément.	100,00	
	sterno-claviculaire		
02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement, sous-anesthésie au bloc opératoire.	150,00	5
02547	réduction ouverte.	450,00	6
Ostéotomie			
02095	clavicule.	450,00	6
02094	omoplate.	650,00	6
Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant			
02144	pour rupture du tendon du biceps proximal ou ténodèse du biceps isolé incluant, le cas échéant, la transposition du tendon.	350,00	6
02145	pour rupture du tendon du biceps distal.	450,00	6
	coiffe des rotateurs		
18098	réparation ou reconstruction de la coiffe incluant, le cas échéant, l'acromioplastie.	650,00	6
18099	si ténodèse du biceps associée, supplément.	50,00	
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant.	550,00	6
Scapulopexie			
02344	pour élévation congénitale (scapula alata).	850,00	8
Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)			
02231	gléno-humérale.	600,00	7
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

BRAS (HUMÉRUS)*Allongement ou correction incluant l'ostéotomie*

02892	Allongement avec ou sans greffe	1 300,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02839	un niveau	900,00	12
02840	deux niveaux	1 227,10	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	1 100,00	12

Amputation

02280	au bras.	500,00	5
-------	------------------	--------	---

Biopsie osseuse

02174	à l'aiguille.	150,00	5
02175	ouverte.	250,00	5

Excision

	tumeur bénigne		
02176	sans greffe	250,00	6
02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	600,00	6
02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction. . . .	930,60	15
	tumeur maligne		
02178	sans greffe	700,00	7
02179	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	850,00	8
02181	extensive avec reconstruction	1 200,00	15
02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction. . . .	1 600,00	18
+ 02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	300,00	6
----	excision de la tête humérale	(Voir épaule)	

PALAIS ET LUETTE*Incision*

05008	Abcès du palais	49,00	4
05009	Fénectomie du palais pour radiothérapie	25,80	4

Excision

05120	Uvulotomie (excision de la luette)	49,00	5
05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	375,00	6

Réparation

05329	Fissure palatine en un ou deux temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau du vomer	750,00	12
05330	Lambeau pharyngé pour cure d'incompétence vélopharyngée	300,00	6

NOTE : Ne s'applique pas à la cure d'apnée nocturne ou de ronflement.

Traitement complet d'apnée du sommeil, toutes techniques chirurgicales

UPPP ou LAUP

05131	première séance	294,00	7
05133	séance subséquente de traitement, incluant la visite, maximum de 3 par période de 12 mois	49,00	
05135	Suspension hyoïdienne - Technique de Riley	300,00	6

+ NOTE : Avec syndrome d'apnée du sommeil documenté par oxymétrie nocturne (dans un laboratoire de sommeil reconnu) ou par étude polysomnographique démontrant un index d'apnée égal ou supérieur à 15 événements respiratoires par heure (apnée et/ou hypopnée). L'un ou l'autre des tests doit être interprété par un spécialiste en neurologie ou en pneumologie.

AVIS : *Pour les codes d'acte 05131 et 05135, conserver, pour une période de 60 mois, une copie du rapport polysomnographique pour fins de références ultérieures*

05335	Fistule palatine	315,00	8
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une défectuosité du palais antérieur	650,00	9

NOTE : La règle 7 de l'**Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique** ne s'applique pas à ce service médical.

AMYGDALES ET ADENOÏDES*Incision*

05021	Abcès périamygdalien, ouverture.	49,00	5
-------	--	-------	---

Excision

05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	49,00	5
05228	Amygdalectomie ou adénoïdectomie.	187,50	4

Réparation

Contrôle d'hémorragie postopératoire incluant la révision postopératoire mais n'incluant pas le tamponnement nasal postérieur par mèche et tampon rhinopharyngé			
05491	sans anesthésie générale	49,00	7
05492	sous anesthésie générale	250,00	

PHARYNX*Incision*

Incision, drainage et soins d'abcès :			
05016	intra-oral	50,80	5
05017	parapharyngé par voie cervicale.	312,50	6
05018	réthropharyngé ou parapharyngé par voie buccale . . .	125,00	6
05003	myotomie du cricopharyngé	375,00	5

Excision

05015	Exérèse apophyse styloïde.	250,00	6
05126	Exérèse de fistule branchiale	500,00	6
05212	Pharyngectomie partielle (PG-28)	500,00	8
NOTE : Ne peut s'ajouter aux services médicaux codes d'acte 03220, 03115, 05158 et 05159			

05172	Exérèse de kyste branchial.	375,00	6
05502	Exérèse primaire de kyste ou sinus thyroéglasse avec hyoïdectomie partielle.	310,80	6
05503	Exérèse de kyste ou sinus thyroéglasse récidivant avec hyoïdectomie complémentaire, le cas échéant	500,00	7
05178	Exérèse de sinus branchial.	250,00	6
05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants . .	500,00	7

Réparation

05347	Suture d'une plaie du pharynx	125,00	6
-------	---	--------	---

		R = 1	R = 2
06905	Évaluation et prise en charge post-transfert en centre hospitalier de soins tertiaires ultra-spécialisés en soins mère-enfant d'une patiente en grossesse à risque élevé. NOTE : L'acte codé 06905 inclut tous les services médicaux effectués chez cette patiente le même jour sauf la naissance. NOTE : Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.	170,00	
06917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta ou correction d'une inversion utérine (prestation incluse dans celle de l'accouchement)		6
06918	Réparation de déchirures (prestation incluse dans celle de l'accouchement) Amniocentèse (voir <i>Procédés diagnostiques et thérapeutiques</i>)		5
06920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement	150,00	5
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	150,00	4
06928	Ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite foetal) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse, le cas échéant.	400,00	5
06926	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1000 cc ou plus	144,00	5
06930	Transfusion foetale intra-utérine.	600,00	7
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du foetus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) . .	54,00	
	Évaluation du bien-être foetal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement		
06960	moins de 20 minutes	20,00	
06961	20 minutes et plus	50,00	
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par l'obstétricien, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement (réservé au détenteur d'un certificat en obstétrique seulement)	180,00	
#	<u>AVIS :</u> Voir la règle 4.1 de l'Addendum 6 - Obstétrique - gynécologie		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
PROCRÉATION ASSISTÉE				
	Stimulation ovarienne (voir règle 10.4 - <i>Addendum 6</i>)			
06962	cycle stimulé	400,00	1 200,00	
06963	cycle naturel modifié.	400,00	1 200,00	
06964	cycle naturel	400,00	1 200,00	
	Prélèvement d'ovule (voir règle 10.5 - <i>Addendum 6</i>)			
06965	cycle stimulé	350,00	4 600,00	8
06966	cycle naturel modifié.	350,00	4 600,00	8
06967	cycle naturel	350,00	4 600,00	8
	<u>AVIS :</u> Les codes d'actes relatifs au prélèvement d'ovule peuvent être réclamés uniquement dans un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.			
06954	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise (voir Règle 10.9 - <i>Addendum 6</i>) .		525,00	
	<u>AVIS :</u> Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
+ 06955	Fourniture et utilisation de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes (voir Règle 10.9 - <i>Addendum 6</i>) .		700,00	
#	<u>AVIS :</u> <i>Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.</i> - <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le nom de la banque de sperme canadienne inscrite sur la facture</i> <i>Les banques de sperme canadiennes reconnues sont :</i> - <i>Outreach Health Services</i> - <i>Can-am Cryoservices</i> - <i>Repromed</i>			
06968	Transfert d'embryon frais (voir règle 10.6 - <i>Addendum 6</i>)	150,00	1 175,00	6
06969	Transfert d'embryon congelé (voir règle 10.6 - <i>Addendum 6</i>)	150,00	1 175,00	6
	<u>AVIS :</u> <i>Les codes d'actes relatifs au transfert d'embryon peuvent être réclamés uniquement dans un un centre de procréation assistée titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.</i>			
06970	Diagnostic préimplantatoire	180,00		
	<u>AVIS :</u> <i>Le code d'acte relatif au diagnostic préimplantatoire peut être réclamé uniquement dans un centre hospitalier universitaire titulaire d'un permis délivré conformément au Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée.</i>			
	Stimulation ovarienne hors FIV (voir règle 10.7 - <i>Addendum 6</i>)			
06971	par agents oraux	160,00	220,00	
06972	par gonadotropines	225,00	310,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité R = 2
06973	Insémination artificielle (voir règle 10.8 - <i>Addendum 6</i>)	150,00	325,00	
06956	fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme québécoise, supplément (voir Règle 10.9 - <i>Addendum 6</i>)		525,00	
	<u>AVIS :</u> Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée, les renseignements relatifs à la femme requérant le service et conserver les pièces justificatives.			
+ 06957	fourniture de paillettes de sperme obtenues auprès d'une banque de sperme canadienne reconnue par les parties négociantes, supplément (voir Règle 10.9 - <i>Addendum 6</i>)		700,00	
#	<u>AVIS :</u> Aux fins de facturation, veuillez inscrire, dans la section Identité de la personne assurée de la demande de paiement, les renseignements relatifs à la femme requérant le service d'insémination artificielle et conserver les pièces justificatives. - Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le nom de la banque de sperme canadienne inscrite sur la facture Les banques de sperme canadiennes reconnues sont : - Outreach Health Services - Can-am Cryoservices - Repromed			

ANNEXE I

AVIS : *Le code de diagnostic est entre parenthèses. Pour ceux dont le code est inexistant, inscrire le diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

ACCOUCHEMENT À RISQUES (acte codé 06945)**CAS COMPLEXES****A) VOIE VAGINALE****CONDITIONS FOETALES :**

- Présentation de la face (652.4) ou du siège (652.2) (non payable si se termine en césarienne)
- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Hydrops-foetalis non immun (778.9)
- ISO-immunisation (656.2)
- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4000 g) (656.6)
- Malformation congénitale : système nerveux central (655.0), digestif (751.9), rénal (753.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)
- Mort in utero après 20 semaines (656.4)
- Post-datisme 41 semaines et plus (645.9)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES :

- Chorioamnionite clinique (658.4)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Oligohydramnios sévère (658.0)
- Polyhydramnios sévère (657.9)
- Placenta praevia (641.1), accreta (667.0), increta (667.0) et percreta (667.0)
- Vasa praevia (663.5)

CONDITIONS MATERNELLES :*** Complications médicales**

- Maladies hématologiques : coagulopathie (286.9), thrombocytopénie (287.9)
- Maladies cardiovasculaires : cardiopathie classe 2, 3, 4 (429.9), collagénose (425.4), maladie thromboembolique (453.9), pré-éclampsie sévère (642.5)
- Maladies du système urinaire : insuffisance rénale (669.3), transplantation (646.2), glomérulopathie (583.9)
- Maladies pulmonaires : insuffisance respiratoire (786.0), embolie pulmonaire (415.1), embolie de liquide amniotique (673.9)
- Maladies endocriniennes : diabète insulino-dépendant et/ou insulino-traité (648.0), thyrotoxicose (242.9), phéochromocytome (227.0)
- Maladies digestives : stéatose spongiocytaire (571.8), maladie de Crohn (555.0), colite ulcéreuse (556.9)
- Maladies neurologiques : éclampsie (642.6), paraplégie (344.1), paralysie (344.9)
- Maladies infectieuses : sida (042.9), hépatite aigüe (646.7)
- Maladies gynécologiques : anomalie congénitale (654.9)
- IMC > = 35

*** Complications obstétricales**

- Hématomes génitaux nécessitant drainage et transfusion ou drainage nécessitant une nouvelle anesthésie générale ou régionale (664.5)
- Inversion utérine (665.2)

- #
- Lacération génitale (du 3^e et du 4^e degré) (664.2 et 664.3)
 - Rupture utérine (665.1)
 - Hémorragie post-partum immédiate (< 24 heures) > = 1 000 cc à la suite d'un accouchement vaginal (666.0 à 666.3, 666.9).

*** Autres**

- Séquelles de spina bifida (741.9), polios (045.9)
- Cancer génital (184.9)
- Multiparité (plus que 5) (659.4)

B) CÉSARIENNE (acte codé 06946)**CONDITIONS FOETALES :**

- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2 500 g) (656.5)
- Procidence du cordon (663.0, 663.2, 663.3, 663.9, 762.4).

CONDITIONS AU NIVEAU DU PLACENTA :

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Placenta praevia (641.1)

CONDITIONS MATERNELLES :

- Pré-éclampsie sévère (642.5)
- Éclampsie (642.6)
- Maladies infectieuses : sida (042.9), hépatite aiguë (646.7)
- IMC > = 35
- Multiples césariennes (3 césariennes antérieures ou plus)

COMPLICATIONS OBSTÉTRIQUES :

- Rupture utérine (665.1)
- Échec d'AVAC
- Hémorragie post-partum immédiate (< 24 heures) > = 1 500 cc à la suite d'une césarienne (666.0 à 666.3, 666.9).

INDEX

Page

SYSTÈME NERVEUX	S-2
CRÂNE ET ENCÉPHALE	S-2
Lésions expansives tumorales	S-2
Lésions infectieuses et parasitaires	S-4
Lésions vasculaires	S-4
Lésions vasculaires cervicales	S-5
Lésions traumatiques	S-6
Liquide céphalo-rachidien	S-6
Malformation congénitale crânio-encéphalique	S-7
Neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxie	S-7
Installation du cadre plus	S-8
Neurochirurgie de l'épilepsie	S-8
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS	S-9
Chirurgie du nerf facial	S-9
Divers	S-10
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL	S-10
Tumorale	S-11
Dégénérative et traumatique	S-11
Lésions vasculaires	S-11
Lésions infectieuses	S-11
Malformations congénitales du rachis et moelle épinière	S-12
Neurochirurgie fonctionnelle	S-13
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	S-14
Divers	S-15

S - SYSTÈME NERVEUX

#	AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
07830	Monitoring per-opératoire de l'intégrité des nerfs crâniens ou périphériques (pour neurochirurgien seulement), supplément	207,40
07831	Toute réintervention effectuée au même site au-delà de 30 jours suivant l'intervention initiale sauf si déjà prévue au tarif, supplément	207,40

CRÂNE & ENCÉPHALE

07702	Toutes chirurgies effectuées par le neurochirurgien sous neuronavigation donnent droit à un supplément chirurgie crano-encéphalique, supplément	200,00
07703	Si chirurgie effectuée par le neurochirurgien chez un patient conscient pour cartographie corticale fonctionnelle, supplément	200,00

Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)**Sus-tentorielles :**

07520	Lésions des ventricules latéraux	1 567,50	18
07521	Lésions du IIIe ventricule	1 792,40	18
07522	Lésions de la ligne médiane (faux et corps calleux)	1 680,50	18
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex : crano-pharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	2 016,10	18
07524	Lésions de la région pinéale	2 016,10	18
07525	Lésions de la voûte du crâne	560,50	12
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 343,70	18
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 231,80	18
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement	503,40	10
	(sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement		

Sous-tentorielles

07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 455,60	18
07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 567,50	18
	Tumeur du tronc cérébral		
07531	biopsie seulement	1 455,60	18
07532	exérèse 50 % et plus	2 463,70	18

INDEX

Page

APPAREIL VISUEL	T-2
Globe oculaire.	T-2
Cornée	T-3
Sclérotique	T-3
# Iris et corps ciliaire	T-4
# Cristallin.	T-4
# Corps vitré.	T-5
# Rétine	T-6
# Muscles oculaires	T-7
# Orbite	T-7
# Paupières et sourcils.	T-8
# Cils	T-9
# Conjonctive	T-10
# Appareil lacrymal	T-10
# Corps étranger	T-11
# Traumatisme oculaire	T-11

T - APPAREIL VISUEL

Selon la Règle 8.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie, les chirurgies multiples de l'Appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont rémunérées à 75 %.

AVIS : *Utiliser le modificateur 122*

AVIS : *Selon la Règle 8.5 de l'Addendum 4 – Chirurgie, les chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes sont également rémunérées à 75 % (MOD = 125), sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence (MOD = 123)*

AVIS : *Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'Annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

GLOBE OCULAIRE

07045	Goniotomie ou goniopuncture ou les deux	597,70	6
07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma	362,50	6
	Énucléation :		
07133	simple	403,90	5
07134	avec mise en place d'implant.	661,00	5
	Éviscération :		
07136	avec mise en place d'implant.	661,00	5
07356	Implantation secondaire	661,00	5
07361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.) . .	396,60	6
07237	Trabéculotomie et trabéculéctomie avec ou sans iridectomie	597,70	7
07122	trabéculéctomie dans un oeil ayant eu, lors d'une autre chirurgie, une incision conjonctivale pleine épaisseur dans le même quadrant, supplément	110,20	
07800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculéctomie	750,00	8
07809	Lyse de suture faite au laser dans les six mois suivant une trabéculéctomie	51,00	4
07123	Exérèse d'un implant de Molteno	293,80	5

CORNÉE

07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	124,90	5
	Kératectomie pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
07192	partielle	220,30	6
07193	totale	352,50	6
07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	220,30	5
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	330,50	6
07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	330,50	6
07364	Grefe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse ...	807,80	8
07140	Implantation de prothèse intracornéenne Intacs pour le traitement du kératocône	300,00	6
07141	Kératectomie ou incisions relaxantes post-grefe perforante de cornée ou post cicatrice traumatique de la cornée	300,00	6
07803	Curetage et/ou cautérisation	51,00	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	51,00	4
07143	Pose de membrane amniotique pour le traitement de pathologie du segment antérieur de la cornée ou de la conjonctive	200,00	5
07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	381,90	6
07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	873,90	8

SCLÉROTIQUE

07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	390,00	5
07226	Sclérectomie pour glaucome (incluant le laser Holmium).	390,00	5
07368	Grefe sclérale	540,00	7
07370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculéctomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale.	218,00	6

IRIS ET CORPS CILIAIRE

07801	Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (1*)	150,00	6
07802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (1*)	180,00	5
07144	Endophotocoagulation au laser du corps ciliaire pour glaucome chez enfant (< 18 ans), fait sous anesthésie générale incluant la vitrectomie antérieure, le cas échéant	350,00	6
07804	Goniosynéchialyse, incluant la gonioscopie	558,20	7
07814	Corectopie, excluant les remplacements de lentilles intra-oculaires (1*)	323,20	7
07051	Sphinctérotomie (1*)	323,20	5
07052	Synéctomie irienne (corélyse) (1*)	323,20	5
07169	Excision lésion irienne	528,80	5
07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	829,90	6
07137	Iridectomie périphérique ou complète (1*)	323,20	6
07372	Iridodialyse (réparation)	455,30	5
07805	Iridencléisis	426,00	5
07811	Cyclodialyse (1*)	426,00	5
07812	Cyclodiathermie ou cyclocryothérapie	213,00	6

CRISTALLIN

07235	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	45,00	
07261	Cataracte, incluant les iridectomies : Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal (2*)	365,00	2
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	395,00	7
07145	Suture d'une LIO ou d'un implant intra-oculaire à la sclère, à l'iris ou à la capsule, supplément	200,00	
07263	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	218,00	5
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	395,00	6
07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure (2*)	340,00	7
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	734,40	7
07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG	125,00	5

AVIS :

(1*) Voir la Règle d'application n°3

(2*) Le rôle 4 n'est pas payable pour le code 07227 ou 07261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire Document complémentaire n° 1944.

		R = 1	R = 2
CORPS VITRÉ			
07236	Si installation de crochets d'iris ou d'un dilateur mécanique de pupille ou d'un anneau de tension dans le sac capsulaire, supplément	45,00	
07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	264,40	5
07330	Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie (1*)	280,00	6
07331	Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction (1*)	175,00	5
+	Dans le cas d'une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique, effectuée en clinique médicale, dans le cadre du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge - Lettre d'entente n° 183 (pour ophtalmologiste seulement)		
+ 07035	premier oeil, supplément (2*)	115,00	
+ 07036	deuxième oeil à la même séance, supplément (2*)	57,50	
+ 07037	Examen de tomographie optique du globe oculaire ou ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, effectué auprès d'un patient atteint de dégénérescence maculaire liée à l'âge, lorsque cet examen d'imagerie ne mène pas à une injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique (pour ophtalmologiste seulement) (2*)	50,00	
	NOTE : Selon conditions et maximum prévus à la Lettre d'entente n° 183		
07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	681,30	8
07146	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	200,00	
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épiréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	783,50	10
07147	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	200,00	
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	253,20	4
07339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	388,30	5

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n°3
 # (2*) Inscrire le code de localité de la clinique médicale dans la case ETABLISSEMENT pour les codes 07035, 07036 et 07037

RÉTINE**Réparation**

	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel	220,30	4
07299	profond	323,20	6
07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbonate ou autre)	400,00	6
07292	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure	308,50	8
	Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intra-vitréens :		
07408	première intervention	793,20	8
07409	intervention subséquente incluant toute technique	881,30	10
	Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale:		
07310	tumeur	352,50	5
07313	lésion hémorragique ou vasculaire	352,50	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie.	661,00	8
07466	extraction d'une plaque de cobalt	323,20	6
07311	Photocoagulation au laser ou autre procédé pour le traitement de la rétinopathie de la prématurité (cet acte est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes)	211,00	5
07303	un oeil	687,50	8
	<u>AVIS :</u> <i>L'acte 07303 s'applique seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.</i>		
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	227,70	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive)	352,50	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical . . .	442,80	6
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	456,50	6
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	476,90	6
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	511,00	7
Supplément pour muscle additionnel			
07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (1*)	156,70	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	163,50	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	170,30	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (1*)	184,00	
NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.			
07279	Transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles . . .	476,90	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique . . .	456,50	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	476,90	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	149,90	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	300,00	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	300,00	6
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	587,50	7
07282	tumeur	881,30	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne)	375,00	7
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale	622,10	10
07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe)	587,50	7

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de muscles dans la case UNITES

		R = 1	R = 2
	Exentération simple :		
07242	sans greffe	637,00	6
07243	avec greffe	1 000,00	10
07380	Plastie du plancher de l'orbite, incluant herniation des tissus mous dans le sinus maxillaire	300,00	5
	NOTE : Ne peut être réclamé avec une réduction de fracture de l'orbite.		
07379	Réduction de fracture de l'orbite	323,00	5

PAUPIÈRES ET SOURCILS

Chirurgie du punctum : (Voir sous le titre «Appareil lacrymal»)

Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive). (Voir sous le titre « Conjonctive »)

Incision

07065	Ouverture d'orgelet et drainage	12,00	4
07068	Ouverture et drainage d'abcès	51,00	4

Excision

07173	Chalazion (PG-28)	51,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
07167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28)	120,00	6
07168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil	452,40	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptôse palpébrale	176,30	4
	Néoplasme :		
07174	Excision de tumeur bénigne ou maligne : n'intéressant pas le rebord de la paupière, maximum 4 lésions par séance (PG-28)	43,40	5
	NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma		
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28)	380,00	6
07420	Réparation du canthus interne ou externe	323,20	5
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	389,20	5
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	675,70	8
07467	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie	51,00	5
	Ectropion ou entropion :		
07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	323,20	6
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	470,00	6
07813	cautérisation (incluant l'examen)	51,00	

		R = 1	R = 2
Réparation			
07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure	380,00	6
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28)	778,50	8
07149	Excision du surplus cutané de la paupière supérieure pour troubles fonctionnels documentés (PG-28).	225,00	6
	NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> <i>Pour le code d'acte 07149, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie</i>		
	Ptose :		
07394	suspension au frontal.	536,10	6
07385	fasanella ou autre technique	220,30	6
07395	réssection du releveur (PG-28)	448,00	6
07396	réintervention	528,80	7
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale.	227,70	6
	Lacération de la paupière :		
07386	n'intéressant pas le bord libre (PG-28)	176,30	4
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	426,00	6
07403	Tarsorrhaphie (PG-28)	213,00	6
CILS			
07418	Électrolyse ou cryothérapie	51,00	5
	Trichiasis localisé :		
07402	opération par réssection sectorielle réquérant la reconstruction du rebord de la paupière	275,00	5
07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière.	440,70	5

		R = 1	R = 2
CONJONCTIVE			
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	51,00	4
	Excision de tumeur :		
07175	bénigne ou kyste	51,00	5
07179	maligne, excision simple	260,00	6
07180	maligne, excision avec greffe	513,40	6
07405	Plastie conjonctivale avec greffe	337,80	6
07406	Symlépharon ou ankyloblépharon, technique simple . . .	100,00	4
	Symlépharon :		
07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	323,20	5
07407	excision avec greffe	456,30	7
	Réparation de plaie traumatique :		
07433	suture simple de la conjonctive	51,00	5
07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	354,30	6
07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	193,90	6
APPAREIL LACRYMAL			
07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	110,20	4
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	114,60	4
07252	Dacryocystectomie	536,10	6
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	675,70	8
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	95,50	4
07054	ectropion	95,50	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
07306	un oeil ou deux yeux	25,00	4
07151	Implantation d'un clou méatique (maximum 4).	40,00	4
07319	Intubation du canal lacrymal	161,60	4
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	95,50	5
07458	Réparation des canalicules sectionnés	536,10	5
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube).	530,00	7
07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse . .	638,00	7
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	643,80	6
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	42,00	5
07460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	611,00	7

CORPS ÉTRANGER

Extraction d'un corps étranger :			
intra-oculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée) :			
07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique) .	455,30	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	547,90	7
07153	non magnétique	712,40	6
07159	cornéen	51,00	4
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	661,00	6
07204	conjonctival	15,00	5

TRAUMATISME OCULAIRE

07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire dans le but d'éliminer une perforation oculaire, sous anesthésie générale	497,70	6
NOTE : Ne peut pas s'ajouter à un autre acte chirurgical sur le même oeil.			

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3

07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique, ou les deux	612,50	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère	727,40	6
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristallines et/ou de vitré	842,20	10
07456	Cantholyse	122,50	4
NOTE : Ne peut pas être associé à un autre acte chirurgical au même oeil			

		R = 1	R = 2
	Otoplastie, reconstruction du pavillon : absence totale		
07412	1 ^{er} temps : reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (PG-28)	900,00	12
07415	2 ^e temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	500,00	4
07417	3 ^e temps : reconstruction du lobule	385,00	4
	NOTE : Lorsque le 2 ^e temps ou le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, supplément 100 \$ par temps.		
	<u>AVIS :</u> Si le 2 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 07431. Si le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 07432. Pour le code d'acte 07431 ou 07432, inscrire 100 \$ dans la case HONORAIRES		
----	4 ^e temps : greffe cutanée	(Voir « greffes libres »)	
07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	500,00	7
	OREILLE MOYENNE		
	<i>Incision</i>		
07077	Myringotomie : mise en place du tube sous microscope, unilatérale (PG-28)	70,00	4
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 086 (combinaison de 050 et 093) pour la facturation du deuxième acte, s'il y a lieu		
07083	Tube d'aération à long terme avec création d'un lambeau tympanoméatal non associé à un autre acte chirurgical à la même oreille au cours de la même séance opératoire	187,00	5
07078	Paracentèse unilatérale (PG-28)	33,90	4
07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier (PG-28)	187,00	6
07082	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la section de la corde du tympan incluse	194,00	5
07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne	270,90	6

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non) inclus dans la prestation de la visite ou de l'acte associé		4
07187	Polype de l'oreille moyenne	30,00	4
	Mastoidectomie :		
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	375,00	5
+ 07259	radicale ou radicale modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	750,00	6
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :		
07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	300,00	6
+ 07489	avec moulage du mur du nerf facial	875,00	6
+	NOTE : Les actes codés 07488 et 07489 ne peuvent être facturés avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.		
07302	Nettoyage d'une cavité de mastoidectomie sous microscope (PG-28)	30,00	5
07257	Stapédectomie (PG-28)	450,00	7
07270	Reprise (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	500,00	7
<i>Réparation</i>			
07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tympan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire	49,00	4
07449	Myringoplastie avec greffe adipeuse	200,00	5
07450	Tympanoplastie (PG-28)	375,00	6
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	500,00	7
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	56,50	
	Masto-tympanoplastie		
+ 07491	sans reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoidectomie radicale modifiée (PG-28) .	750,00	6
+ 07437	avec reconstruction ossiculaire, toute technique incluant la mastoidectomie radicale modifiée (PG-28) .	875,00	6
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	56,50	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	1 000,00	10
07438	Oblitération de cavité mastoïde incluant la reconstruction du conduit auditif externe, le cas échéant.	500,00	6
07439	Fenestration du canal semi-circulaire externe	500,00	6
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	250,00	5
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale.	375,00	7
07494	Insertion de prothèse à ancrage osseux	378,00	6

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	V-2
Règle 1: Tarification.	V-2
Règle 2: Examens.	V-4
Règle 3: Examen radiologique d'un membre	V-4
Règle 4: Fluoroscopie.	V-4
Règle 5: Examen du colon	V-4
Règle 6: Tube digestif supérieur en double contraste.	V-4
Règle 7: Examens de l'abdomen et du bassin	V-4
Règle 8: Nez et sinus	V-5
Règle 9: Examen de la colonne	V-5
Règle 10: Pharynx et oesophage.	V-5
Règle 11: Colonne lombaire ou lombo-sacrée	V-5
Règle 12: Bilatéralité.	V-5
Règle 13: Radiographie dentaire	V-6
Règle 14: Substances de contraste.	V-6
Règle 15: Angioradiologie et radiologie d'intervention	V-6
Règle 16: Stéréoscopie	V-6
Règle 17: Consultation exceptionnelle.	V-7
Règle 18: Tarification.	V-7
Règle 19: Rapport.	V-7
Règle 20: Tomographie par ordinateur et résonance magnétique	V-7
Règle 21: ANGIO-IRM / ANGIO-TDM.	V-8
Règle 22: Révision	V-8
Protocole concernant la radiologie diagnostique	V-9
TABLEAU DES HONORAIRES	V-13
Tête et cou	V-14
Colonne et bassin	V-15
Membres supérieurs.	V-15
Membres inférieurs.	V-16
Études du squelette	V-16
Thorax	V-16
Abdomen	V-17
Voies gastro-intestinales et biliaires	V-17
Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	V-19
Obstétrique et gynécologie	V-19
Fluoroscopie diagnostique.	V-20
Examens spéciaux, incluant une ou plusieurs injections de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	V-20
Divers	V-21
# Mammographie.	V-23
Angioradiologie (technique)	V-26
Angioradiologie (interprétation)	V-27
Tomographie par ordinateur	V-28
Protocole 1- concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-32
Angio-IRM	V-33
Cardiaque	V-34

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ADDENDUM 4.

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

AVIS : *Sur le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200, toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le numéro du médecin, de l'infirmière praticienne ou du dentiste ayant demandé l'examen radiologique dans la case CONSULTATION DEMANDÉE PAR*

Si le médecin traitant est le même que celui qui a demandé l'examen, y répéter les mêmes renseignements.

RÈGLE 1.

TARIFICATION

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1), l'honoraire de laboratoire (R=7) et l'honoraire de numérisation (R=9).

L'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7) sont payés suivant le tableau des honoraires correspondants. L'honoraire de numérisation (R=9) est, dans les cas prévus, payé selon un pourcentage de l'honoraire de laboratoire (R=7) applicable, tel que ce pourcentage est déterminé en regard d'un examen au tableau des honoraires.

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : *Utiliser le formulaire formulaire Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte n° 1606 sauf indication contraire aux tarifs*

Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement

TARIF DE LABORATOIRE

1.2 En cabinet privé, la tarification dépend de la qualification de celui qui pratique l'examen et du type de laboratoire.

1.3 Le médecin spécialiste qui est l'exploitant d'un laboratoire de radiologie spécifique, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire. (R=7)

AVIS : *Inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE=7 et les honoraires correspondants. Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 32XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.*

On lui accorde ce tarif pour un examen qu'il pratique chez un patient dont il est le médecin traitant.

Coeur (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet »)		
08291	acquisition avec synchronisation cardiaque, sans contraste.	55,00
	NOTE : Cet acte inclut l'analyse du score calcique post-traitement ainsi que l'interprétation des fenêtres médiastinales et parenchymateuses couvertes dans l'acquisition.	
08292	étude synchronisée à l'ECG avec contraste intraveineux	150,00
	NOTE : Cet acte inclut l'acquisition préalable de type score calcique (calcium scoring), l'analyse des coupes natives axiales avec contraste et le post-traitement des coronaires en MIP épais ou en reformatage courbe ainsi que l'interprétation du médiastin et des fenêtres pulmonaires couvertes dans l'acquisition.	
08293	étude complète de la fonction ventriculaire gauche ou droite de la base à l'apex ventriculaire, supplément	45,00
	NOTE : Ce supplément nécessite la reconstruction sur au moins 10 phases différentes.	
08294	supervision durant l'administration de médication relative à l'examen incluant les Bbloquants par voie orale ou IV, les anticalciques par voie orale ou IV, les dérivés de nitrates par voie orale, sublinguale ou IV, supplément	25,00
Abdomen complet (jusqu'aux crêtes iliaques incluant rapport de l'étage abdominal) (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen complet et pelvis »)		
08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	63,10
08265	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	54,70
	NOTE : Un examen abdominal ne peut être facturé pour une appréciation des surrénales.	
Thorax et abdomen complet (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)		
08255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	94,70
08256	sans injection de substance de contraste (PG-7) . . .	82,10

Pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet » ou pour « abdomen complet et pelvis »)

08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	63,10
08267	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	54,70

Abdomen complet et pelvis

(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen complet » ou pour « thorax et abdomen complet » ou pour « pelvis »)

08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	90,00
08269	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	81,50

NOTE : La tarification de la région abdomen complet et pelvis ne s'applique que si les coupes couvrent la région des coupes diaphragmatiques jusqu'à la symphyse pubienne.

Rachis

08274	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	56,90
08275	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	48,50

Extrémités

08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	41,10
08277	sans injection de substance de contraste (PG-7) ...	32,70

+ Corps entier

+08278	examen pancorporel d'un sujet décédé. Cet examen est effectué à la demande d'un médecin anatomo-pathologiste ou du coroner, avant la réalisation d'une autopsie classique. L'examen inclut l'acquisition tomomodensitométrique du corps entier sans contraste intraveineux, les reformations multiplanaires et en rendu volumique, ainsi que l'interprétation des images.	200,00
--------	--	--------

Angio-TDM

NOTE : Aucun acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.

AVIS : *Inscrire le modificateur 043 pour demander le paiement des honoraires de l'examen révisé. Voir la Règle 22 de l'Addendum 4 – Radiologie diagnostique.*

08434	Examen vasculaire : région intracrânienne (doit inclure les vaisseaux de la convexité)	105,00
-------	---	--------

NOTE : L'acte codé 08434 ne peut pas être facturé avec les actes codés 08258, 08259 ou 08290. Toutefois, de façon exceptionnelle, l'acte codé 08258 pourrait être facturé chez le même patient, le même jour si effectué à une séance différente.

9. MANUELS ET FORMULAIRES

9.1 MANUELS

La Régie remet gratuitement au nouveau médecin spécialiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie un exemplaire des manuels et brochures qui le concernent.

9.1.1 COMMANDE

Le médecin peut obtenir des exemplaires supplémentaires ou des exemplaires d'autres manuels publiés par la Régie moyennant paiement en utilisant l'une des coordonnées figurant à la page 2 de l'*INTRODUCTION* de ce manuel.

9.1.2 MANUELS DANS INTERNET

Les manuels et brochures de la Régie sont disponibles dans le site Internet de la Régie. Le médecin peut consulter, télécharger et imprimer les pages désirées. L'adresse du site Internet se trouve à la page 2 de l'*INTRODUCTION* de ce manuel.

9.1.3 LISTE DES MANUELS DISPONIBLES *

	Numéro
Manuel des médecins spécialistes	150
Brochure n° 1 - Médecins spécialistes - Accord cadre, Entente de principe- Protocoles d'accord et Décrets	154
Brochure n° 2 - Médecins spécialistes - Salariat, Honoraires forfaitaires et Vacation	155
Brochure n° 3 - Médecins spécialistes - Mesures incitatives	156
Brochure n° 5- Médecins spécialistes - Rémunération mixte	158
Services de laboratoire en établissement (S. L. E.)	170
Manuel du programme d'appareils suppléant à une déficience physique ...	280
Manuel du programme des aides auditives	290
#Manuel du programme des aides visuelles	300
Liste de médicaments	440
Liste des appareils suppléant à une déficience physique	470

* Cette liste n'est pas exhaustive

9.2 FORMULAIRES

La Régie remet gratuitement à chaque médecin spécialiste une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

9.2.1 Demandes de paiement à l'acte (formulaires n° 1200 et n° 1063)

Le médecin qui facture sur support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année, un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence (1^{er} avril au 31 mars).

Toute demande au-delà de cette limite sera tarifiée. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte. Pour plus d'information, consultez la rubrique **Administration de la pratique / Frais administratifs** dans votre section du site Internet de la Régie.

Seules les commandes formulées par le médecin lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à ce jour. Sur la première ligne de l'étiquette on peut lire :

Qxxxxxx Cxxxxxx

Q : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

9.2.2 Commande

Pour toute commande de formulaires, utilisez l'une des coordonnées figurant à la page 2 de l'**INTRODUCTION** de ce manuel.

9.2.3 Formulaires dans Internet

La liste des formulaires disponibles figure dans le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter, les télécharger et les imprimer. L'adresse du site Internet de la Régie se trouve à la page 2 de l'**INTRODUCTION** de ce manuel.

9.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

	Numéro
FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION	
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe ou en société	3006
Mandat du professionnel de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de ses honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs relevés d'honoraires ou leurs demandes de paiement.	3005
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION	
Demande d'autorisation de paiement - Médicament d'exception	3633
Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception	3996