



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

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

Coordination

Direction des services à la clientèle professionnelle

Publication

Service des relations avec la clientèle

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN 978-2-550-48510-0

! Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 68
JUILLET 2007

Veuillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 42 (2^e partie), MODIFICATION 43 en vigueur le 1^{er} JUILLET 2007 ainsi que des modifications administratives

Modification 42 (2^e partie)

ONGLET FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Modification d'un établissement « CSSS du Granit » à la liste des centres, en Annexe, pour la Région 5.

Page : [4](#)

ONGLET B - TARIFICATION DES VISITES

- Ajout de code, modification de libellés et de tarifs à l'Annexe 24.

Pages : [B-131](#) à B-140

Modification 43

ONGLET RÈGLES D'APPLICATION

- À la Règle d'application no. 6, ajout de « cardiaque ou cardiaque-pulmonaire » pour la thérapie immuno-suppressive dans les cas de transplantations.
- À la section 3, Plafonnements de gains de pratique, Retrait de l'article 3.7 PG 6 Gastro-entérologie.

Pages : [4](#), [19](#)

ONGLET A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- À la règle 5.4, alinéa 3, ajout de « 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 ».

Page : [A-3](#)

ONGLET B - TARIFICATION DES VISITES

- À l'Addendum1. - Médecine, ajout de « cardiologie » à l'article 1, alinéa 5.

Page : [B-3](#)

ONGLETS B, C, D, F, G, H, L, M, S, V

- Modification de libellés, codes d'acte abolis, ajouts et changements de tarification de certains codes d'acte.

Pages : [B-3](#), [B-39](#) à B-41, [B-91](#), [B-131](#) à B-140,

[C-5](#) à C-12, [C-18](#), [C-20](#), [C-23](#), [C-25](#), [C-31](#) à C-33, [C-35](#) à C-39,

[C-41](#) à C-43, [C-46](#), [C-52](#) à C-55, [C-57](#) à C-59, [C-63](#) à C-65,

[D-7](#), [D-8](#), [D-11](#),

[F-2](#) à F-6, [F-8](#) à F-16,

[G-5](#), [G-6](#), [G-8](#), [G-10](#) à G-27, [G-29](#) à G-32, [G-34](#) à G-49,

[H-2](#) à H-8, [H-10](#),

[J-7](#), [J-8](#), [J-14](#) à J-16,

[K-2](#),

[L-2](#) à L-7, [L-9](#), [L-11](#) à L-19,

[M-2](#), [M-4](#) à M-11,

[N-2](#) à N-6,

[P-5](#) à P-10,

[Q-6](#), [Q-7](#),

[R-2](#),

[S-5](#), [S-12](#), [S-13](#),

[T-2](#) à T-10,

[U-2](#) à U-5,

[V-24](#), [V-27](#), [V-28](#)

MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

ONGLET FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

- Ajout d'un avis sous l'Article 1, paragraphe 1.3 c.

Pages : [2](#)

ONGLET RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Modification du libellé pour le modificateur 070. Ajout du nouveau modificateur 044. Ajout des nouveaux modificateurs multiples 699 et 800 ainsi que des modificateurs 229 et 231. Modification des modificateurs multiples suivants: 688, 689. Modification de la remarque et du libellé de la lettre J à l'annexe III.

Pages : [6](#), [37](#), [40](#), [44](#), [49](#), [51](#), [53](#)

- Modification des exemples aux paragraphes 3.2.1.3 « Modèles de caret »

Pages : [4](#), [5](#)

ONGLET LISTE DES LOCALITÉS

- Modification de plusieurs noms de localités.

Pages : [5](#) à 16

ONGLET PAIEMENT

- Modification du paragraphe 4.1.

Pages : [2](#), [7](#), [9](#)

ONGLET MESSAGES EXPLICATIFS

- Ajout des nouveaux messages explicatifs 142, 322 et 323. Modification des messages suivants: 217, 264, 265, 297, 379, 519, 520, 551, 616 et 841. Les messages suivants sont abolis: 576, 580, 581 et 595.

Pages : [7](#), [9](#), [10](#), [17](#), [18](#), [22](#), [32](#)

ONGLET A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- Modification des noms des demandes d'autorisation d'hospitalisation hors du Canada et au Canada. Modification des coordonnées pour acheminer ces demandes et pour obtenir de l'information.

Pages : [A-1](#), [A-20](#), [A-22](#)

ONGLET B - TARIFICATION DES VISITES

- Ajout d'un avis sous les codes d'acte 15164, 15165, 15166, 15167. Retrait de l'avis « Inscrire le code de diagnostic dans la case approprié » sous les codes 15131 et 15132. Ajout d'astérisques aux codes d'acte 15140 et 15143.

Pages : [B-1](#), [B-21](#), [B-22](#), [B-78](#), [B-80](#), [B-91](#), [B-92](#), [B-94](#), [B-95](#)

ONGLET C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

- Ajout d'astérisques aux codes d'acte 00837 et 09346 qui sont concernés par l'avis en bas de page (instruction de complètement de la demande de paiement).

Page : [C-59](#)

ONGLET D - ANESTHÉSIOLOGIE

- Ajout d'un avis sous la note du code d'acte 41003. Déplacement de l'avis sous le code d'acte 01900, sous la note du code d'acte 41005.

Page : [D-1](#)

ONGLET E - CHIRURGIE

- Ajout des codes 05993 à 05998 à l'avis à la fin de la Règle 11 de l'Addendum 4.

Page : [E-7](#)

ONGLET F - PEAU - PHANÈRES

- Modification d'un avis.

Page : [F-10](#)

ONGLET G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Ajout d'un avis administratif sous le nouveau code d'acte 18066, révision tibio-astragaliennne. Ajout d'un astérisque au code 09564 pour référer à l'avis en bas de page. Déplacement de l'avis sous le code 02998 au bas de la page.

Pages : [G-38](#), [G-43](#)

ONGLET L - DIGESTIF

- Ajout d'un avis « Voir Règle 16 du préambule général » sous le code 05064 et abolition de ce même avis sous le code 05812.

Page : [L-18](#)

ONGLET V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

- Ajout d'un avis sous le code 08585. Ajout de l'avis, concernant le modificateur 044, sous la note « Les honoraires des services médicaux de la section... ». Déplacement de l'avis, concernant la Règle d'application n°12, au-dessus du code d'acte 08580.

Pages : [V-27](#), [V-28](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué suivant : 044 / 2007-06-21.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # Corrections d'ordre administratif
 - + Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

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
Service de l'information aux professionnels

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

INDEX*Page*

1. FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR	2
ANNEXE 23	
Article 1 : Dispositions générales	2
Article 2 : Territoires désignés.....	2
Article 3 : Frais maximaux.....	3
1.1 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS.....	4
1.2 INSTRUCTIONS DE FACTURATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	6
1.3 DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT (<i>Formulaire n° 1988</i>)	8
1.3.1 Description du formulaire.....	9

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 n° 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.

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 0,82 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle 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 71\$ 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 71 \$ 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 n° 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 no 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.

**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 0,82 \$ 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 71 \$ 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, une allocation d'une heure 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 suivant la publication « Distances routières » du « ministère des Transports du Gouvernement du Québec ».

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 71 \$ 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 le ministre, un médecin spécialiste ne peut demander paiement de frais de déplacement (y compris l'indemnité horaire) que pour la première tournée de consultation qu'il effectue dans un centre hospitalier, au cours d'une semaine.

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

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

Région 02

- Centre Le Jeannois : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma
- Complexe hospitalier de la Sagamie : Pavillon Roland Saucier
- Hôtel-Dieu de Roberval

Région 03

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

Région 04

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

Région 05

- + - CSSS du Granit

Région 07

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

Région 08

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

Région 09

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

Région 11

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

1.2.2 Dispositions particulières	
a) Aux territoires désignés (territoires sujets à la rémunération majorée) b) et à certaines catégories de professionnels	
A) DÉPLACEMENT (Frais de transport)	
• Voiture personnelle : 0,82 \$ par kilomètre • 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.	Suivre la procédure décrite précédemment. 1. Utiliser le formulaire « Demande de paiement » (n° 1200). • Remplir le formulaire de la façon habituelle, (identité de la personne assurée, services fournis, etc.). • Inscrire le code 09991 dans la section ACTES, préciser la date et le montant correspondant à l'indemnité de déplacement totale telle que calculée sur le formulaire « Demande de remboursement des frais de déplacement ». (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 à la « Demande de paiement ».
#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 75,00 \$ l'heure s'ajoute pour le temps de déplacement. • Il est accordé une indemnité de 75,00 \$ 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 » (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 : 75,00 \$.

Si le montant à réclamer pour vos frais de transport (9991) ou votre temps de déplacement (9992) 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 CS et mettre en référence dans la case DIAGNOSTIC 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.

Spécialistes

Régie de l'assurance maladie Québec	DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT	À L'USAGE DE LA RÉGIE					
0000	IMPORTANT : Ce formulaire doit accompagner votre demande de paiement. Pour les modes de rémunération à l'acte et mixte, joindre la demande de paiement #1200 ou le #1606 pour le mode SLE.						
Professionnel PRENOM _____ NOM _____ NO DU PROFESSIONNEL _____		CATÉGORIE DE PROFESSIONNEL ☐ Dentiste ☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste					
Déplacement LOCALITÉ DE DÉPART _____ DATE ANNÉE ____ MOIS ____ JOUR ____ HEURE ____ LOCALITÉ D'ARRIVÉE _____ DATE ANNÉE ____ MOIS ____ JOUR ____ HEURE ____ NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITE _____ NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT _____		MODE DE RÉMUNÉRATION ☐ Acte ☐ Honoraires forfaitaires ☐ Rémunération mixte ☐ SLE ☐ Tarif horaire ☐ Vacation					
Frais de déplacement. Numéro de la demande de paiement sur laquelle les honoraires professionnels sont facturés. _____ TEMPS DE DÉPLACEMENT _____ NOMBRE D'HEURES FACTURÉES _____ TAUX HORAIRE _____ MONTANT (CALCULÉ À 100%) _____ À L'USAGE DE LA RÉGIE							
DATE		MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS		DÉTAILS		MONTANT	
ANNÉE	MOIS	JOUR					
			Véhicule personnel	KILOMÈTRAGE	X	TALIX	
NOTE : JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORIGINAL DES PIÈCES JUSTIFICATIVES.						MONTANT TOTAL DES FRAIS	
Renseignements complémentaires							
Signature du professionnel				SIGNATURE DU PROFESSIONNEL			
Je certifie que les renseignements fournis sur la présente demande sont exacts et que je n'ai pas reçu d'autre rémunération pendant les heures qui ont servi à mon déplacement.				DATE			
À L'USAGE DE LA RÉGIE							

COPIE DE LA RÉGIE

INDEX

Page

3. DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN (Formulaire n° 1200).....	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 - Préambule général)	20
3.2.6.5 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règles 14.2 et 14.5 - Préambule général)	25
3.2.6.6 Facturation des soins d'urgence en médecine et en chirurgie (Règle 14.4 - Préambule général)	29
3.2.7 Section 7 CSST - C.S. - Distance	30
3.2.7.1 Section 7 Lettre Q	32
3.2.8 Section 8 Visites.....	34
3.2.8.1 Visites avec modificateur (autre que ceux utilisés pour les soins d'urgence).....	35
3.2.9 Section 9 Total des honoraires	36
3.2.10 Section 10 Signature.....	36
3.3 EXPÉDITION	36
3.4 DEMANDE DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE (<i>Formulaire n° 1800</i>)	37
Annexe I : Liste des rôles	38
Annexe II : Liste des modificateurs	39
# Annexe III : Lettres s'appliquant à la case C.S. et leur signification.....	53
# Annexe IV : Numéro d'établissement (code d'établissement).....	54
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, i.e. **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.3

0000 ■ NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

Régie de l'assurance maladie Québec

DEMANDE DE PAIEMENT - MÉDECIN 1200 232 0899

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

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

3. ADRESSE
ANNÉE | MOIS | JOUR | SEXE

4. INT. NOM DU MÉDECIN
NUMÉRO | GROUPE

5. PROFESSIONNEL RÉFÉRANT
SON NUMÉRO

6. DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
CODE DU DIAGNOSTIC

7. ÉTABLISSEMENT
CODE | DATE D'ENTRÉE (ANNÉE | MOIS | JOUR) | DATE DE SORTIE (ANNÉE | MOIS | JOUR)

8. ACTES
ANNÉE | MOIS | JOUR | PH | CODE

9. VISITES
ANNÉE | MOIS | JOUR | CODE

10. TOTAL

EXEMPLAIRE DU MÉDECIN

JE CERTIFIE AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.

SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE

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

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

3.2 RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT DU MÉDECIN

3.2.1 SECTION 1 IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE BENP 4807 0816		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE Pierre Bénéficiaire		NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE 03		2008 07	
DATE DE NAISSANCE 48 07 08 M		EXPIRATION DE LA CARTE G 9 W 9 W 9			
ADRESSE 100 rue Fictive, Québec					
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		SON NUMÉRO			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		CODE DU DIAGNOSTIC			
DATE DE L'ACCIDENT		VISITES			
TOTAL					
DATE DE SORTIE		SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE			

SPÉCIMEN

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

- Numéro d'assurance maladie;
- Prénom et nom à la naissance;
- Nom de l'époux et/ou no séquentiel de la carte;
- Expiration (date d'expiration de la carte : année - mois);
- Date de naissance : année, mois, jour;
- Sexe : « F » pour féminin; « M » pour masculin;
- Adresse : numéro de la porte et nom de la rue (ou de la route rurale ou du rang), le nom de la ville ou du village et le code postal.

3.2.1.1 Carte d'assurance maladie

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

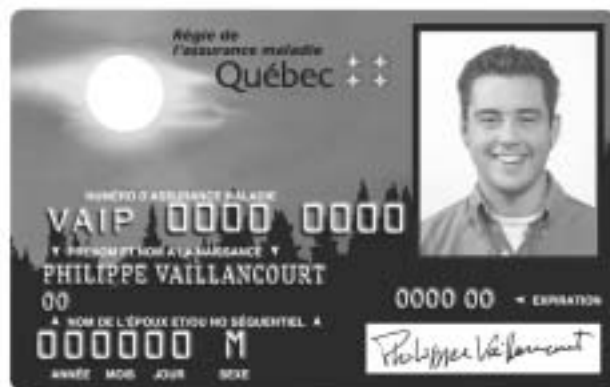
3.2.1.2 Description de la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie comporte les renseignements suivants :

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

3.2.1.3 Modèles de carte

Différents modèles de cartes peuvent être présentés. Il est important de vérifier la date d'expiration avant de rendre des services assurés.

a) **AVEC PHOTO** et **SIGNATURE**

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

b) **SANS PHOTO** et **SANS SIGNATURE**

Cette carte est émise dans les cas suivants :

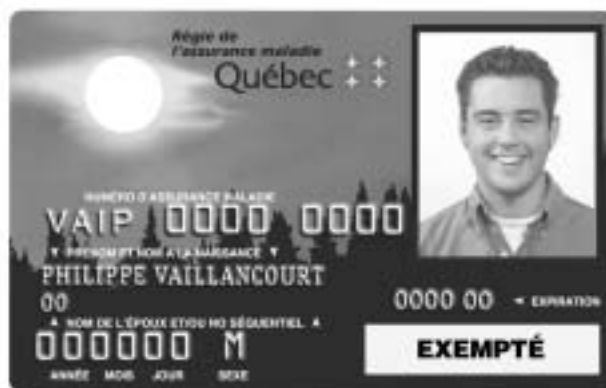
- Personne assurée de moins de 14 ans et de 75 ans et plus;
- Personne assurée hébergée en établissement;
- Personne assurée **exemptée** de l'obligation de fournir **sa photo** et sa **signature** pour raison d'ordre médical.

c) SANS PHOTO, AVEC SIGNATURE



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

LA PERSONNE ASSURÉE PRÉSENTE SA CARTE D'ASSURANCE MALADIE :

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

1- La date d'expiration est postérieure à la date des services

- l'imprimante permet de transcrire sur la demande de paiement tous les éléments de l'identité de la personne assurée figurant sur la carte;
- à défaut d'utiliser l'imprimante, transcrire sur la demande de paiement les renseignements contenus sur la carte d'assurance maladie de la personne assurée.

2- La date d'expiration est antérieure à la date des services

Dans ce cas, la personne assurée doit payer elle-même les honoraires au médecin. Celui-ci remplit la partie du formulaire « Demande de remboursement à la personne assurée » 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 de cet onglet).

3- Carte avec photo et signature

Si 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 médecin.

Dans ce cas, le médecin **ne doit pas** lui remettre le formulaire « Demande de remboursement à la personne assurée » (n° 1800).

LA PERSONNE 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:**

- inscrire sur la demande de paiement **tous** les éléments de l'identité de l'enfant (nom et prénom, date de naissance, sexe et adresse) :
 - si l'enfant n'a pas encore de prénom, inscrire dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE un astérisque (*) suivi du nom de famille. **Aucune autre mention que l'astérisque (*) comme prénom ne doit être utilisée;**
 - de plus, s'il s'agit de naissances multiples, **ajouter** la mention Jumeau A, Jumeau B, etc. dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (l'heure ou l'ordre de la naissance détermine la lettre à utiliser : Jumeau A pour le premier-né, Jumeau B pour le second, etc.)
- **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, les éléments d'identité du père ou de la mère : prénom, nom, sexe et, si disponible, la date de naissance;
- **ne jamais utiliser le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la demande de paiement.**

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

0000		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		Régie de l'assurance maladie Québec	
PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE		ANNEE MOIS JOUR FIN		CODE ACTES	
NOM DE L'ÉPOUX ET/OU NO SÉQUENTIEL DE LA CARTE		0 6 0 8 1 5		0 9 1 6 2	
DATE DE NAISSANCE		ANNEE MOIS JOUR		MOD. UNITES HONORAIRES	
ADRESSE		DATE DE NAISSANCE		1 0 0 3 0 0 1	
RAT. NOM DU MÉDECIN		ANNEE MOIS JOUR		32.65	
NUMÉRO		DATE DE NAISSANCE			
GROUPE		DATE DE NAISSANCE			
PROFESSIONNEL RÉFÉRANT		DATE DE NAISSANCE			
SON NUMÉRO		DATE DE NAISSANCE			
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		DATE DE NAISSANCE			
Cancer		DATE DE NAISSANCE			
CODE DU DIAGNOSTIC		DATE DE NAISSANCE			
1 9 9 1		DATE DE NAISSANCE			
EXEMPLAIRE DU MÉDECIN		DATE DE NAISSANCE			
TOTAL		DATE DE NAISSANCE		32.65	
ÉTABLISSEMENT		DATE DE NAISSANCE			
DATE D'ENTRÉE		DATE DE NAISSANCE			
ANNEE MOIS JOUR		DATE DE NAISSANCE			
DATE DE SORTIE		DATE DE NAISSANCE			
ANNEE MOIS JOUR		DATE DE NAISSANCE			
DE CERTIFIER AVOIR FOURNI LES SERVICES INSCRITS CI-DESSUS.		DATE DE NAISSANCE			
SIGNATURE DU MÉDECIN OU DE SON MANDATAIRE		DATE DE NAISSANCE			

GÉNÉRALITÉS :

- 1- Les visites réclamées avec un modificateur se facturent dans la section ACTES.
- 2- Dans tous les cas, il faut inscrire la nature du modificateur réclamé dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Réf. : Règles d'application nos 21 et 22).

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

3.2.9 SECTION 9 TOTAL DES HONORAIRES

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

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

3.2.10 SECTION 10 SIGNATURE

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

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

3.3 EXPÉDITION

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

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

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

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

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

#

Voir la REMARQUE à la page suivante

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

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

ANNEXE I
LISTE DES RÔLES

RÔLE 1 :
Médecin responsable de l'acte ou médecin qui effectue la consultation en radiologie diagnostique.

RÔLE 2 :
Anesthésiologiste.

RÔLE 3 :
Anesthésiologiste collaborateur.

RÔLE 4 :
Médecin assistant.

RÔLE 7 :
Médecin exploitant un laboratoire de radiologie spécifique et médecin radiologiste qui pratique l'examen.

ANNEXE II

LISTE DES MODIFICATEURS

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

RÈGLE D'APPLICATION NO 4

Lorsqu'un procédé diagnostique et thérapeutique n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie » ou une chirurgie digestive est effectué lors d'une chirurgie oncologique, une chirurgie du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin », à la même séance qu'une chirurgie ou un acte diagnostique de la rubrique « Obstétrique-gynécologie » dont le tarif est le plus élevé

MOD=050**RÈGLE D'APPLICATION NO 19**

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

MOD=072

Nouvelle visite principale d'un patient ayant reçu une greffe cardiaque. . .

MOD=048

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

OU

lorsque l'un ou l'autre des codes d'acte 08303, 08311 ou 08341 est facturé dans les 30 jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services.

MOD=041**RÈGLE D'APPLICATION NO 21**

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

MOD=003**RÈGLE D'APPLICATION NO 22**

Nouvelle visite principale d'un malade suivi pour un cancer

MOD=003**PA 36 GASTRO-ENTÉROLOGIE**

Services médicaux dispensés à un malade atteint d'un cancer

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

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

MOD=050**RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL**

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

- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous)

MOD=017

- En chirurgie plastique

MOD=012

- En anesthésiologie.

MOD=004

- En anesthésiologie (suite de l'opération).

MOD=091

- En médecine interne

MOD=102

- En pédiatrie

MOD=132

- En ophtalmologie.

MOD=155

- En neurologie.

MOD=158

- En obstétrique-gynécologie.

MOD=161

- En chirurgie générale

MOD=164

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous)	MOD=018
- En chirurgie plastique	MOD=023
- En anesthésiologie	MOD=001
- En anesthésiologie (suite de l'opération)	MOD=090
- En médecine interne	MOD=103
- En pédiatrie	MOD=131
- En ophtalmologie	MOD=154
- En neurologie	MOD=157
- En obstétrique-gynécologie	MOD=160
- En chirurgie générale	MOD=163

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En médecine, chirurgie (sauf exceptions ci-dessous)	MOD=019
- En chirurgie plastique	MOD=054
- En anesthésiologie	MOD=013
- En anesthésiologie (suite de l'opération)	MOD=092
- En médecine interne	MOD=104
- En pédiatrie	MOD=133
- En ophtalmologie	MOD=156
- En neurologie	MOD=159
- En obstétrique-gynécologie	MOD=162
- En chirurgie générale	MOD=165

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=098

RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Lorsqu'un service autre que les visites est effectué dans un LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

MOD=033

RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Pour les soins rendus hors-discipline

MOD=075

RÈGLE 23 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

- En médecine et chirurgie	MOD=060
- En anesthésiologie (sauf le collaborateur R3)	MOD=166

RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- # Majoration d'honoraires en ophtalmologie pour les procédés diagnostiques ou thérapeutiques, les chirurgies ainsi que les visites faits seuls sous anesthésie générale

MOD=070

RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration des honoraires des procédés diagnostiques ou thérapeutiques, des chirurgies ainsi que des visites faits seuls, si exécutés sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération

MOD=142

RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=143

RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Majoration d'honoraires en urologie pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies, faits seuls sous anesthésie générale ou régionale en salle d'opération

MOD=167

RÈGLE 7.1 DE L'ADDENDUM 5 Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéocartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD=030
RÈGLE 7.2 DE L'ADDENDUM 5 Pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie	MOD=064
RÈGLE 7.3 DE L'ADDENDUM 5 Pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction	MOD=169
RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 5 Biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, s'il y a analyse extemporanée.	MOD=172
TABLEAU D'HONORAIRES Réductions ouvertes (fracture de la colonne) S'il y a fracture avec lésion neurologique.	MOD=057
TABLEAU D'HONORAIRES Réductions ouvertes (fracture de la colonne) Temps orthopédique au 2/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente	MOD=058
TABLEAU DES HONORAIRES Réductions ouvertes (fracture de la colonne) Temps autre que le temps orthopédique au 1/3 du tarif, si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente.	MOD=059
URINAIRE	
Pour toutes les transplantations rénales, rémunération à 90 % de la chirurgie principale de même nature au niveau du côté contralatéral et faites par une incision différente.	MOD=168
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en cabinet privé.	MOD=008
RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Présence d'informations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée	MOD=009
RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en établissement.	MOD=021
RÈGLE 3.1 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Lorsque des radiographies de régions bilatérales sont faites pour étude non comparative	MOD=074
TABLEAU DES HONORAIRES Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu si effectués chez un patient de moins de 5 ans	MOD=066

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax	MOD=071
# RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (section cardiaque) Honoraires des services médicaux majorés de 50% lorsque effectués chez un enfant de moins de 10 ans	MOD=044

ANNEXE 10

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

ANNEXE 11

LETTRE D'ENTENTE A-47 Visite principale d'un patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse	MOD=141
LETTRE D'ENTENTE A-56 Honoraires correspondant à 50 % du tarif pour les services rendus en centre hospitalier sauf autrement prévu à la Lettre d'entente	MOD=174
LETTRE D'ENTENTE 151 Majoration d'honoraires de 20 % pour tous les services rendus au Centre hospitalier Honoré Mercier et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe	MOD=173

ANNEXE 15

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

ANNEXE 24 (services médico-administratifs de la CSST)

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

ANNEXES 27 ET 28

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte)	MOD=005
Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte)	MOD=006

Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit **MOD=073**

ANNEXE 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) **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**

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

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

ANNEXE 40

Majoration d'honoraires pour les services dispensés à la salle d'urgence:
- Week-end et les jours fériés, de 8h 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 16h 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 7h à 19h **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 19h à minuit. **MOD=185**

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

ANNEXE 40 (suite)

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

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

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

AUTRES SITUATIONS :

Sites anatomiques différents **MOD=093**

Séances différentes **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**

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
050 - 181	667	0,6666
050 - 182	670	0,7500
050 - 183	673	0,6666
050 - 184	676	0,6666
050 - 185	679	0,6666
050 - 186	682	0,7500
050 - 188	687	0,5000
050 - 189	659	0,5000
054 - 094	522	1,5000
054 - 172	581	0,7500
093 - 102	626	2,0000
093 - 103	627	1,5000
093 - 104	628	1,5000
093 - 094	095	1,0000
093 - 109	620	à calculer
093 - 110	621	à calculer
093 - 111	622	à calculer
093 - 169	524	+100,00 \$ (*)
093 - 172	572	0,5000
093 - 174	291	0,5000
093 - 178	638	1,0000
093 - 181	668	1,3333
093 - 182	671	1,5000
093 - 183	674	1,3333
093 - 184	677	1,3333
093 - 185	680	1,3333
093 - 186	683	1,5000
# 093 - 188	689	1,0000
093 - 189	660	1,0000
# 094 - 102	229	2,0000
# 094 - 103	231	1,5000
094 - 104	233	1,5000

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
094 - 109	242	à calculer
094 - 110	243	à calculer
094 - 111	244	à calculer
094 - 117	249	1,0000
094 - 121	666	1,0000
094 - 131	281	1,6500
094 - 132	283	2,2500
094 - 133	285	1,6500
094 - 136	286	1,5000
094 - 137	287	1,5000
094 - 138	288	1,3333
094 - 139	289	1,3333
094 - 154	297	1,5000
094 - 155	299	2,0000
094 - 156	501	1,5000
094 - 157	503	1,5000
094 - 158	505	2,0000
094 - 159	507	1,5000
094 - 160	509	1,5000
094 - 161	511	2,0000
094 - 162	513	1,5000
094 - 163	515	1,6500
094 - 164	517	2,2000
094 - 165	519	1,6500
094 - 169	525	+100,00 \$ (*)
094 - 172	573	0,5000
094 - 174	570	0,5000
094 - 178	639	1,0000
094 - 179	647	1,0000
094 - 181	669	1,3333
094 - 182	672	1,5000
094 - 183	675	1,3333
094 - 184	678	1,3333
094 - 185	681	1,3333

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

Spécialistes**3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**

	094 - 186	684	1,5000
#	094 - 188	688	1,0000
	094 - 189	661	1,0000
	102 - 172	582	1,0000
	103 - 172	583	0,7500
	104 - 172	584	0,7500
	109 - 117	245	à calculer
	109 - 134	529	à calculer
	109 - 150	538	à calculer
	109 - 172	591	à calculer
	109 - 178	643	à calculer
	110 - 117	246	à calculer
	110 - 134	530	à calculer
	110 - 150	539	à calculer
	110 - 172	592	à calculer
	110 - 178	644	à calculer
	111 - 117	247	à calculer
	111 - 134	531	à calculer
	111 - 150	540	à calculer
	111 - 172	593	à calculer
	111 - 178	645	à calculer
#	116 - 166	800	1,50000
	117 - 172	594	0,5000
#	121 - 184	699	1,3333
	121 - 185	663	1,3333
	121 - 186	664	1,5000
	131 - 172	585	0,8250
	132 - 172	586	1,1250
	133 - 172	587	0,8250
	134 - 163	532	1,4850

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**Spécialistes**

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
134 - 164	533	1,9800
134 - 165	534	1,4850
150 - 163	541	1,4850
150 - 164	542	1,9800
150 - 165	543	1,4850
163 - 172	588	0,8250
164 - 172	589	1,1000
165 - 172	590	0,8250
181 - 187	694	1,3333
182 - 187	695	1,5000
183 - 187	696	1,3333
184 - 189	656	1,3333
185 - 188	685	1,3333
185 - 189	657	1,3333
186 - 188	686	1,5000
186 - 189	658	1,5000
Autres combinaisons	099	à calculer

ANNEXE III

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

- A** : Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire
- B** : Refacturation après annulation ou refus de paiement
- C** : - Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés,
- ou âgée de plus de 14 ans mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale
- D** : Personne 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)
- F** : Personne assurée sous télémétrie, traitée par un cardiologue en centre hospitalier, à l'extérieur d'une unité de soins intensifs ou de la salle d'urgence
- # **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 RAMQ à la demande du MSSS
- K** : Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») composé de 6 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. Inscrive les lettres représentant les situations prioritaires dans la case C.S. et inscrire la lettre « **A** » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Toujours mettre la lettre « **S** » dans la case C.S. comme situation prioritaire lorsqu'elle fait partie de la combinaison de lettres à soumettre.

ANNEXE IV

NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS

• Centres hospitaliers :	0XXX9	Hors province
• Organismes fédéraux :	5XXX9	Autres que prisons
• Centres de détention :	7XXX0	Prisons fédérales
	7XXX6	Centres de détention

Spécialistes**3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT**

• Laboratoires de radiologie diagnostique :	*31XXX	Radiologie générale
	*32XXX	Radiologie spécifique (laboratoire de radiologie exploité par un médecin spécialiste autre qu'un radiologiste)
	*33XXX	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	A.S.S.S.
• Cliniques privées :	*51XX2	Clinique médicale et/ou dentaire
• Cabinets d'optométrie :	*52XXX	Clinique optométrique
	53XXX	

* *Exceptions à la codification du numéro*

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

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	68333 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	Betsiamites (Réserve indienne)	69788 5*
Angliers	68324 5*	Biencourt	60702 4*
Anjou	66552 0	Blainville	66308 0
Armagh	61512 0	Blanc-Sablon	69753 6*
Arntfield	68340 5*	Blue-Sea	67836 4*
Arundel	67436 0	Boisbriand	66312 0
Asbestos	63532 0	Boischatel (La Côte-de-Beaupré)	61714 0
Ascot-Corner	63606 0	Bois-des-Filion	66306 0
Aston-Jonction	63306 1	Bois-Franc	67846 4*
Auclair	60906 4*	Bolton-Est	63809 0
Audet	62412 1	Bolton-Ouest	63816 0
Aumond	67844 4*	Bonaventure	60419 5*
Aupaluk (Baie d'Ungava)	69864 6*	Bonne-Espérance	69755 6*
Austin	63812 0	Bonsecours	63916 0
Authier	68448 5*	Boucher	63249 1
Authier-Nord	68473 5*	Boucherville	65612 0
Ayer's Cliff	63732 0	Bouchette	67833 4*
Baie-Atibenne (Maskinongé)	64794 0	Bowman	67558 1
Baie-Comeau	69733 5*	Brébeuf	66378 0
Baie-de-la-Bouteille (Matawinie)	64791 0	Brigham	63824 0
Baie-des-Chaloupes (Antoine- Labelle)	66192 4*	Bristol	68006 4*
Baie-des-Sables	60628 4*	Brome	63819 0
Baie-d'Hudson	69897 6*	Bromont	63830 0
Baie-du-Febvre	64220 1	Brossard	66610 0
Baie-d'Urfe	66519 0	Brownsburg-Chatham	67412 0
Baie-James (sauf Joutel)	69802 6*	Bryson	68016 4*
Baie-Johan-Beetz	69703 6*	Bury	62531 0
Baie-Obaoca-Lac-Cabasta (Matawinie)	64396 0	Cabano	60920 4*
Baie-Sainte-Catherine	69748 1	Cacouna	60831 3*
Baie-Saint-Paul	61212 1	Cacouna (Réserve indienne)	60881 3*
Baie-Trinité	69721 5*	Cadillac	68407 5*
Barkmere	67434 0	Calixa-Lavallée	65714 0
Barnston-Ouest	63709 0	Campbell's Bay	68019 4*
Barraute	68418 5*	Candiac	66612 0
Batiscan	63204 1	Caniapiscau	69893 5*
Beaconsfield	66518 0	Cantley	68001 1
Bearn	68306 5*	Cap-Chat	60317 5*
Beauceville	62340 1	Caplan	60422 5*
Beauharnois	67006 0	Cap-Saint-Ignace	61414 1
Beaulac-Garthy	62624 1	Cap-Santé	62919 0
Beaupré	61708 0	Carignan	65602 0
Beaux-Rivages-Lac-des- Écorces-Val-Barrette	67634 4*	Carleton-Sur-Mer	60435 5*
		Cascades-Malignes (Vallée-de- la-Gatineau)	67892 4*
		Cascapédia	60428 5*
		Causapscal	60506 4*

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Cayamant	68026	4*	Dépôt-Échouani (La Vallée-de-		
Chambly	65605	0	la-Gatineau)	64998	4
Chambord	69010	3*	Desbiens	69311	3*
Champlain	63205	1	Deschailons-sur-Saint-Laurent	62848	1
Champneuf	68412	5*	Deschambault-Grondines	62929	0
Chandler	60209	5*	Destor	68443	5*
Chapais	69806	5*	Deux-Montagnes	67304	0
Charette	64328	1	Disraeli	62634	1
Charlemagne	66202	0	Dixville	63706	0
Charny	62126	0	Dolbeau-Mistassini	69038	4*
Chartierville	62504	0	Dollard-des Ormeaux	66538	0
Châteauguay	66917	0	Doncaster	66381	0
Château-Richer	61711	0	Donnacona	62907	0
Chazel (Abitibi-Ouest)	68459	5*	Dorval	66512	0
Chelsea	67808	1	Dosquet	62814	1
Cheneville	67551	1	Drummondville	64137	1
Chertsey	66119	0	Dubuisson	68413	5*
Chester-Est	63401	1	Dudswell	62601	0
Chesterville	63405	1	Duhamel (Papineau)	67552	1
Chibougamau	69804	5*	Duhamel-Ouest (Témiscamingue) ..	68303	5*
Chichester	68038	4*	Dundee	66811	0
Chicoutimi	69420	2	Dunham	65415	0
Chisasibi	69842	6*	Duparquet	68442	5*
Chute-aux-Outardes	69726	5*	Dupuy	68464	5*
Chute-des-Passes (Maria-			Durham-Sud	64110	1
Chapdelaine)	69099	4*	East Angus	62534	0
Chute-Saint-Philippe	67642	4*	East Broughton	62364	1
Clarendon	68008	4*	East Farnham	63826	0
Clermont (Abitibi-Ouest)	68472	5*	East Hereford	62501	0
Clermont (Charlevoix-Est)	61109	1	Eastmain	69838	6*
Clerval	68458	5*	Eastman	63901	0
Cleveland	63526	0	Egan-Sud	67841	4*
Cloridorme	60248	5*	Elgin	66809	0
Cloutier	68325	5*	Entrelacs	66122	0
Coaticook	63711	0	Escuminac	60439	5*
Collines-du-Basque (Côte-de-			Esprit-Saint	60715	4*
Gaspé)	60398	5*	Evain	68337	5*
Colombier	69728	5*	Farnham	65434	0
Compton	62514	0	Fassett	67501	1
Contrecoeur	65725	0	Ferland-et-Boilleau	69405	2
Cookshire-Eaton et Newport	62523	0	Ferme-Neuve	67646	4*
Côteau-du-Lac	67107	0	Fermont	69761	5*
Côte-Nord-du-Golfe-			Forestville	69730	5*
du-Saint-Laurent	69751	6*	Fort-Coulonge	68029	4*
Côte-Saint-Luc	66508	0	Fortierville	62842	1
Coucouchache (Réserve indienne) ..	63281	4	Fort-Rupert (Waskagheganish)	69834	6*
Coulée-des-Adolphe (Denis-			Fossambault-sur-le-Lac	62911	0
Riverin)	60699	5*	Franklin (Le Haut St-Laurent)	66807	0
Courcelles	62439	1	Franquelin (Manicouagan)	69727	5*
Cowansville	65416	0	Frelighsburg	65403	0
Crabtree	65808	0	Frontenac	62404	1
D'Alembert	68440	5*	Fugereville	68311	5*
Danville	63531	0	Gallichan	68444	5*
Daveluyville	63449	1	Gaspé	60230	5*
Degelis	60901	4*	Gatineau	67905	1
Deléage	67839	4*	Girardville	69054	4*
Delisle	69330	3*	Godbout	69722	5*
Delson	66616	0	Godmanchester	66814	0
Denholm	67819	4	Gore	67419	0
			Granby	63912	0

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Grand-Calumet	68021	4*	Kuujuuarapik (Baie d'Hudson).....	69846	6*
Grande-Rivière.....	60213	5*	L'Ancienne-Lorette	62041	0
Grandes-Piles	63244	1	L'Ange-Gardien (La Côte-de-Beaupré).....	61712	0
Grande-Vallée	60251	5*	L'Ange-Gardien (Papineau).....	67530	1
Grand-Lac-Victoria (Vallée-de-L'Or)	68479	5*	L'Anse-Saint-Jean.....	69402	2
Grand'Mère.....	63240	1	L'Ascension (Antoine-Labelle).....	67628	4*
Grand-Métis	60634	4*	L'Ascension-de-Notre-Seigneur (Lac Saint-Jean-Est)	69334	3*
Grand-Remous	67849	4*	L'Ascension-de-Patapédia (Avignon)	60453	5*
Grand-Saint-Esprit	63338	1	L'Assomption	66214	0
Greenfield Park.....	65619	0	L'Avenir	64113	1
Grenville	67416	0	L'Épiphanie.....	66219	0
Grenville-sur-la-Rouge	67418	0	L'Île-Bizard.....	66544	0
Grosses-Roches	60614	4*	L'Île-Cadieux.....	67211	0
Guérin	68328	5*	L'Île-d'Anticosti	69701	6*
Ham-Nord	62628	1	L'Île-d'Orléans.....	61605	0
Hampden.....	62529	0	L'Île-Dorval.....	66511	0
Hampstead	66528	0	L'Île-Perrot	67206	0
Harrington	67426	0	L'Isle-aux-Allumettes	68034	4*
Hatley.....	63726	0	L'Isle-aux-Coudres	61201	1
Havelock	66804	0	L'Islet	61319	1
Havre-Saint-Pierre.....	69706	5*	L'Isle-Verte	60826	3*
Hébertville.....	69303	3*	La Baie	69410	2
Hébertville-Station	69304	3*	La Conception	67601	0
Hemmingford	66802	0	La Corne	68420	5*
Henryville	65302	0	La Doré	69042	3*
Hérouxville	63232	1	La Durantaye	61524	0
Hinchinbrooke.....	66808	0	La Guadeloupe.....	62446	1
Honfleur	61518	0	La Malbaie	61114	1
Hope	60409	5*	La Martre	60309	5*
Hope Town.....	60411	5*	La Minerve	67609	0
Hors-Québec	60000	7	La Morandière	68450	5*
Howick	66922	0	La Motte.....	68421	5*
Huberdeau.....	67438	0	La Patrie.....	62522	0
Hudson	67227	0	La Pêche.....	67813	1
Hunters Point	68386	5*	La Pocatière.....	61038	3*
Huntingdon	66816	0	La Prairie.....	66608	0
Inukjuak (Baie-d'Hudson)	69850	6*	La Présentation	65119	0
Inverness	62729	1	La Rédemption	60529	4*
Irlande.....	62724	1	La Reine.....	68467	5*
Ivujivik	69877	6*	La Romaine (Réserve indienne)	69781	6*
Joliette	65815	0	La Sarre	68463	5*
Jonquière	69425	2	La Trinité-des-Monts	60713	4*
Kahnawake (Réserve indienne).....	66681	0	La Tuque	63270	4*
Kamouraska.....	61031	3*	La Visitation-de-l'Île-Dupas.....	64902	0
Kanesatake (Réserve indienne)	67381	0	La Visitation-de-Yamaska	64208	1
Kangisualujuaq (Baie d'Ungava)..	69855	6*	Labelle	67607	0
Kangisujuaq (Baie d'Ungava)	69872	6*	Labrador City.....	69700	7
Kangirsuk (Baie d'Ungava)	69866	6*	Labrecque	69459	3*
Kawawachikamach.....	69843	6*	Lac-Achouakan (Lac Saint-Jean Est).....	69493	3
Kazabazua.....	67824	4	Lac-Akonapwehikan (Antoine-Labelle).....	64397	4*
Kebaowek (Réserve indienne)	68383	5*	Lac-à-la-Croix (La Mitis)	60593	4*
Kiamika	67624	4*	Lac-à-la-Tortue	63236	1
Kingsbury	63518	0	Lac-Alfred (La Matapédia)	60594	4*
Kingsey (Drummond)	64104	1	Lac-Ashuapmushuan (Lac Saint-Jean Ouest).....	69091	3*
Kingsey Falls (Arthabaska).....	64102	1			
Kinnear's Mills.....	62718	1			
Kipawa	68310	5*			
Kirkland.....	66516	0			
Kuujuuaq (Baie-d'Ungava)	69860	6*			

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Lac-au-Brochet (Haute-Côte-Nord).....	69797	5*	Lac-Moselle (La Vallée-de-la- Gatineau).....	65895	4
Lac-au-Saumon.....	60512	4*	Lac-Nilgaut (Pontiac).....	68091	4*
Lac-aux-Sables.....	62966	1	Lac-Nominingue.....	67620	4*
Lac-Bazinet (Antoine-Labelle).....	64797	4*	Lac-Normand (Mékinac).....	63298	1*
Lac-Beauport (La Jacques-Cartier).....	62042	0	Lac-Oscar (Antoine-Labelle).....	65893	4*
Lac-Blanc (Portneuf).....	62096	0	Lac-Pikauba (Charlevoix).....	61298	1
Lac-Boisbouscache (Les Basques).....	60798	4*	Lac-Poulin.....	62331	1
Lac-Bouchette.....	69003	3*	Lac-Pythonga (La Vallée-de-la- Gatineau).....	68090	4*
Lac-Boulé (Mékinac).....	64793	1	Lac-Rapide (Réserve indienne).....	68081	4*
Lac-Bricault (Vallée-de-l'Or).....	66198	5*	Lac-Saguay.....	67631	4*
Lac-Brome.....	63820	0	Lac-Sainte-Marie.....	67822	4
Lac-Casault (La Matapédia).....	60591	4*	Lac-Saint-Joseph.....	62912	0
Lac-Chicobi (Abitibi).....	68488	5*	Lac-Saint-Paul.....	67648	4*
Lac-Croche (La Jacques-Cartier).....	62095	0	Lac-Santé (Montcalm).....	66194	0
Lac-de la Bidière (Berthier).....	64993	4*	Lac-Sergent.....	62939	0
Lac-Delage.....	62052	0	Lac-Simon (Papineau).....	67549	1
Lac-de-la-Maison-de-Pierre (Antoine-Labelle).....	65892	4*	Lac-Simon (Réserve indienne).....	68481	5*
Lac-de-la-Pomme (Antoine- Labelle).....	64795	4*	Lac-Supérieur.....	66368	0
Lac-des-Aigles.....	60714	4*	Lac-Surimau (Rouyn-Noranda).....	68487	5*
Lac-des-Cinq (Centre-de-la- Mauricie).....	63299	1*	Lac-Vacher (Sept-Rivières- Caniapiscou).....	69892	5*
Lac-des-Dix-Milles (Matawinie).....	66190	0	Lac-Wagwabika (Antoine-Labelle).....	64398	4*
Lac-des-Eaux-Mortes (La Mitis).....	60793	4*	Lac-Walker (Sept-Rivières- Caniapiscou).....	69795	5*
Lac-Despinassy (Abitibi).....	68495	5*	Lac-Wapizagonke (Le-Centre-de- la-Mauricie).....	64390	1
Lac-des-Plages.....	67561	1	Lachine.....	66506	0
Lac-des-Seize-Îles.....	67431	0	Lachute.....	67407	0
Lac-Devenyns (Matawinie).....	64395	0	Lacolle.....	65502	0
Lac-Douaire (Montcalm).....	66196	4*	Laforce.....	68312	5*
Lac-Drolet.....	62426	1	Lalemant.....	69490	2
Lac-du-Cerf.....	67611	4*	Lamarche.....	69461	3
Lac-Duparquet (Abitibi-Ouest).....	68499	5*	Lambton.....	62443	1
Lac-du-Taureau (Matawinie).....	64997	0	Landrienne.....	68419	5*
Lac-Ernest (Antoine-Labelle).....	67693	4*	Lanoraie.....	64908	0
Lac-Etchemin.....	62214	1	Laniel et les Lacs du Témiscamingue.....	68393	5
Lac-Fouillac (Vallée-de-l'Or).....	68496	5*	Lantier.....	66359	0
Lac-Frontière.....	61401	1	Larouche.....	69432	2
Lac-Granet (Témiscaming).....	68390	5*	Lasalle.....	66502	0
Lac-Huron (Rimouski-Neigette).....	60795	4*	Laterrière.....	69413	2
Lac-Jacques-Cartier.....	61798	0	Latulipe-et-Gaboury.....	68309	5*
Lac-Jérôme (Côte-Nord-du-Golfe- du-Saint-Laurent).....	69793	5*	Launay.....	68434	5*
Lac-Juillet (Sept-Rivières- Caniapiscou).....	69891	5*	Laurier-Station.....	62826	1
Lac-Kénogami.....	69416	2	Laurierville.....	62746	1
Lac-Lapeyrière (Portneuf).....	63291	0	Laval.....	66424	0
Lac-Legendre (Matawinie).....	65890	0	Lavaltrie.....	64912	0
Lac-Lenore (La Vallée-de-la- Gatineau).....	66197	4	Laverlochère.....	68318	5*
Lac-Marguerite (Antoine-Labelle).....	67891	4*	Lawrenceville.....	63919	0
Lac-Masketsi (Mékinac).....	63292	1*	Le Bic.....	60750	4*
Lac-Matapédia.....	60597	4*	Lebel-sur-Quévillon.....	69809	5*
Lac-Matawin (Matawinie).....	64992	0	Leclercville.....	62836	1
Lac-Mégantic.....	62406	1	Lefebvre.....	64118	1
Lac-Minaki (Matawinie).....	64392	0	Lejeune (Témiscouata).....	60931	4*
Lac-Ministuk.....	69492	2	Lemieux.....	63311	1
Lac-Moncouche (Lac Saint-Jean Est).....	61799	3	Lemoine.....	65621	0
Lac-Montanier (Rouyn-Noranda).....	68494	5*	Lery.....	66912	0
			Les Bergeronnes.....	69741	5*
			Les Cèdres.....	67105	0

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Les Coteaux.....	67116	0	Moffet.....	68321	5*
Les Éboulements.....	61208	1	Mont-Albert (Denis-Riverin).....	60399	5*
Les Escourmins.....	69738	5*	Mont-Alexandre (Pabok).....	60298	5*
Les Îles-de-la-Madeleine.....	60103	5*	Mont-Apica (Lac Saint-Jean Est).....	61299	3
Les Méchins.....	60603	4*	Montbeillard.....	68339	5*
Leslie-Clapham-et-Huddersfield.....	68024	4*	Montcalm.....	67432	0
Lévis.....	62119	0	Mont-Carmel.....	61006	3*
Lingwick.....	62536	0	Montcerf-Lytton.....	67848	4*
Linton (Portneuf).....	62996	0	Montebello.....	67504	1
Listuguj (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-Lebel.....	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	Norbertville.....	63416	1
Massueville.....	65004	1	Normandin.....	69045	4*
Matagami et Joutel.....	69811	5*	Normetal.....	68474	5*
Matane.....	60608	4*	North Hatley.....	63729	0
Matapédia.....	60448	5*	Notre-Dame-Auxiliatrice-de- Buckland.....	61508	0
Matchi-Manitou (Vallée-de-l'Or).....	68492	5*	Notre-Dame-de-Bon-Secours- Partie-Nord (Papineau).....	67502	1
Matimekosh-Lac John (Rés. ind.).....	69882	5*	Notre-Dame-de-Ham.....	62629	1
Mayo.....	67531	1	Notre-Dame-de-la-Merci.....	66124	0
McMasterville.....	65704	0	Notre-Dame-de-la-Paix.....	67524	1
McWatters.....	68323	5*	Notre-Dame-de-la-Salette.....	67535	1
Melbourne.....	63516	0	Notre-Dame-de-l'Île-Perrot.....	67203	0
Melocheville.....	67009	0	Notre-Dame-de-Lorette.....	69058	4*
Mercier.....	66916	0	Notre-dame-de-Lourdes (Joliette).....	65818	0
Messines.....	67838	4*	Notre-Dame-de-Lourdes (L'Érable).....	62751	1
Métabetchouan-Lac-à-la-Croix.....	69310	3*	Notre-Dame-de-Montauban.....	62963	1
Métis-sur-Mer.....	60629	4*	Notre-Dame-de-Pontmain.....	67612	4*
Milan.....	62418	1	Notre-Dame-des-Bois.....	62402	1
Mille-Isles.....	67421	0	Notre-Dame-des-Monts.....	61119	1
Mingan (Réserve indienne).....	69784	5*			
Mirabel.....	67325	0			
Mississini.....	69825	6*			

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Notre-Dame-des-Neiges-des-Trois-Pistoles.....	60819	4*	Pointe-Fortune.....	67234	0
Notre-Dame-des-Pins.....	62334	1	Pointe-Lebel.....	69723	5*
Notre-Dame-des-Prairies.....	65816	0	Ponsonby.....	67544	1
Notre-Dame-des-Sept-Douleurs.....	60838	3*	Pontiac.....	68003	4
Notre-Dame-de-Stanbridge.....	65431	0	Pont-Rouge.....	62918	0
Notre-Dame-du-Bon-Conseil.....	64124	1	Portage-du-Fort.....	68018	4*
Notre-Dame-du-Lac.....	60910	4*	Port-Cartier.....	69717	5*
Notre-Dame-du-Laus.....	67602	4*	Port-Daniel-Gascons.....	60401	5*
Notre-Dame-du-Mont-Carmel.....	63228	1	Portneuf.....	62924	0
Notre-Dame-du-Nord.....	68326	5*	Portneuf-sur-Mer.....	69732	5*
Notre-Dame-du-Portage.....	60836	3*	Poste-de-la-Baleine		
Notre-Dame-du-Rosaire.....	61411	1	(Whapmagoostoo).....	69845	6*
Notre-Dame-du-Sacré-Coeur-			Potton.....	63801	0
d'Issoudun.....	62832	1	Poularies.....	68439	5*
Nouvelle.....	60438	5*	Preissac.....	68427	5*
Noyan.....	65412	0	Prévost.....	66335	0
Obedjiwan (Le Haut-Saint-Maurice)	68491	6*	Price.....	60636	4*
Obedjiwan (Réserve indienne).....	68482	6*	Princeville.....	63428	1
Odanak.....	64281	1	Puvirnituq (Baie-d'Hudson).....	69895	6*
Ogden.....	63719	0	Quaqtaq (Baie d'Ungava).....	69868	6*
Oka.....	67311	0	Québec.....	62014	0
Orford.....	63614	0	Racine.....	63921	0
Ormstown.....	66926	0	Ragueneau.....	69724	5*
Otterburn Park.....	65224	0	Rapide-Danseur.....	68447	5*
Outremont.....	66529	0	Rapides-des-Cèdres (Rouyn-		
Packington.....	60902	4*	Noranda).....	68391	5*
Padoue.....	60541	4*	Rapides-des-Joachims.....	68041	4*
Pakuashipi (Réserve indienne).....	69780	5*	Rawdon.....	66116	0
Palmarolle.....	68454	5*	Rémigny.....	68330	5*
Papineauville.....	67508	1	Repentigny.....	66206	0
Parent.....	63272	6*	Réservoir-Dozois (Vallée-de-l'Or).....	68095	5*
Parisville.....	62844	1	Richelieu.....	65216	0
Paspébiac.....	60412	5*	Richmond.....	63528	0
Percé.....	60220	5*	Rigaud.....	67232	0
Péribonka.....	69026	4*	Rimouski.....	60739	4*
Petite-Rivière-Saint-François.....	61214	1	Ripon.....	67538	1
Petite-Vallée.....	60249	5*	Ristigouche-Partie-Sud-Est.....	60444	5*
Petit-Lac-Sainte-Anne			Rivière-à-Claude.....	60308	5*
(Kamouraska).....	61094	3*	Rivière-à-Pierre.....	62959	0
Petit-Mécatina (Côte-Nord-du-			Rivière-au-Tonnerre.....	69708	5*
Golfe-Saint-Laurent).....	69791	5*	Rivière-aux-Outardes		
Petit-Saguenay.....	69401	2	(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-Heva.....	68417	5*
Plaisance.....	67509	1	Rivière-Koksoak (Tarpangajuk).....	69896	6*
Plessisville.....	62749	1	Rivière-Mistassini (Maria-		
Pohénégamook.....	61003	4*	Chapelaine).....	69093	4*
Pointe-à-la-Croix.....	60443	5*	Rivière-Mouchalagane (Sept-		
Pointe-au-Père.....	60736	4*	Rivières-Caniapiscau).....	69799	5*
Pointe-aux-Outardes.....	69725	5*	Rivière-Nipississ (Sept-Rivières-		
Pointe-Calumet.....	67309	0	Caniapiscau).....	69794	5*
Pointe-Claire.....	66514	0	Rivière-Nouvelle (Avignon).....	60499	5*
Pointe-des-Cascades.....	67104	0	Rivière-Ojima (Abitibi-Ouest).....	68489	5*
			Rivière-Ouelle.....	61034	3*

Spécialistes

LISTE DES LOCALITÉS

Rivière-Patapédia-Est (La Matapédia).....	60792	4*	Saint-André-de-Restigouche.....	60446	5*
Rivière-Rouge et la Macaza.....	67618	4*	Saint-André-du-Lac-Saint-Jean.....	69005	3*
Rivière-Saint-Jean.....	69707	5*	Saint-Anicet.....	66818	0
Rivière-Saint-Jean (Côte-de-Gaspé).....	60299	5*	Saint-Anselme.....	62239	0
Rivière-Vaseuse.....	60592	4*	Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues.....	61424	1
Rivière-Windigo (Le Haut- Saint-Maurice).....	63297	6*	Saint-Antoine-de-Tilly.....	62849	1
Roberval.....	69013	3*	Saint-Antoine-sur-Richelieu.....	65720	0
Rochebaucourt.....	68453	5*	Saint-Antonin.....	60818	3*
Rollet.....	68327	5*	Saint-Apollinaire.....	62833	1
Roquemaure.....	68446	5*	Saint-Armand.....	65404	0
Rosemère.....	66311	0	Saint-Arsene.....	60828	3*
Rougemont.....	65218	0	Saint-Athanase (Témiscouata).....	61002	4*
Routherville (La Matapédia).....	60494	4*	Saint-Aubert.....	61318	1
Rouyn-Noranda.....	68338	5*	Saint-Augustin (Maria-Chapdelaine).....	69028	4*
Roxboro.....	66539	0	Saint-Augustin-de-Desmaures.....	62901	0
Roxton.....	63936	0	Saint-Augustin-de-Woburn.....	62401	1
Roxton Falls.....	63938	0	Saint-Barnabé (Maskinongé).....	64316	1
Roxton Pond.....	63931	0	Saint-Barnabé-Sud (Les Maskoutains).....	65128	0
Ruisseau-des-Mineurs (La Matapédia).....	60697	4*	Saint-Barthelemy.....	64914	0
Ruisseau-Ferguson (Avignon).....	60497	5*	Saint-Basile.....	62921	0
Sacré-Cœur (La Haute-Côte-Nord).....	69743	5*	Saint-Basile-le-Grand.....	65601	0
Sacré-Cœur-de-Jésus (L'Amiante).....	62362	1	Saint-Benjamin.....	62209	1
Sagard (Charlevoix-Est).....	69798	1	Saint-Benoît-du-Lac.....	63808	0
Saint-Adalbert.....	61304	1	Saint-Benoît-Labre.....	62329	1
Saint-Adelme.....	60606	4*	Saint-Bernard (La Nouvelle- Beauce).....	62234	1
Saint-Adelphe.....	63222	1	Saint-Bernard-de-Lacolle.....	65504	0
Saint-Adolphe-d'Howard.....	67429	0	Saint-Bernard-Partie-Sud (Les Maskoutains).....	65131	0
Saint-Adrien (Asbestos).....	62619	0	Saint-Blaise.....	65509	0
Saint-Adrien-d'Irlande (L'Amiante).....	62722	1	Saint-Bonaventure.....	64202	1
Saint-Agapit.....	62823	1	Saint-Boniface-de-Shawinigan.....	64326	1
Saint-Aimé (Le Bas Richelieu).....	65002	1	Saint-Bruno (Lac Saint-Jean-Est).....	69313	3*
Saint-Aimé-des-Lacs (Charlevoix- Est).....	61121	1	Saint-Bruno-de-Guigues.....	68319	5*
Saint-Alban.....	62948	0	Saint-Bruno-de-Kamouraska.....	61004	3*
Saint-Albert de Warwick.....	63432	1	Saint-Bruno-de-Montarville.....	65608	0
Saint-Alexandre (Le Haut-Richelieu).....	65308	0	Saint-Calixte.....	66118	0
Saint-Alexandre (Kamouraska).....	61011	3*	Saint-Camille (Asbestos).....	62606	0
Saint-Alexandre-des-Lacs (La Matapédia).....	60510	4*	Saint-Camille-de-Lellis (Les Etchemins).....	61501	1
Saint-Alexis (Montcalm).....	66108	0	Saint-Casimir.....	62950	0
Saint-Alexis-de-Matapédia (Avignon).....	60449	5*	Saint-Célestin.....	63334	1
Saint-Alexis-des-Monts (Maskinongé).....	64723	1	Saint-Césaire.....	65208	0
Saint-Alfred.....	62342	1	Saint-Charles (Bellechasse).....	61528	0
Saint-Alphonse (Bonaventure).....	60424	5*	Saint-Charles-Borromée (Joliette).....	65811	0
Saint-Alphonse (La Haute- Yamaska).....	63914	0	Saint-Charles-de-Bourget.....	69454	2
Saint-Alphonse-Rodriguez (Matawinie).....	65832	0	Saint-Charles-de-Mandeville.....	64926	0
Saint-Amable.....	65709	0	Saint-Charles-Garnier.....	60703	4*
Saint-Ambroise.....	69453	2	Saint-Charles-sur-Richelieu.....	65122	0
Saint-Ambroise-de-Kildare.....	65826	0	Saint-Christophe-d'Arthabaska.....	63418	1
Saint-Anaclet-de-Lessard.....	60724	4*	Saint-Chrysostome.....	66904	0
Saint-André (Kamouraska).....	61024	3*	Saint-Claude.....	63524	0
Saint-André-Avellin.....	67528	1	Saint-Clément.....	60808	4*
Saint-André-Carillon.....	67402	0	Saint-Cléophas (D'Autray).....	65819	0
			Saint-Cléophas (La Matapédia).....	60528	4*
			Saint-Clet.....	67110	0
			Saint-Colomban.....	67334	0
			Saint-Côme (Matawinie).....	65836	0
			Saint-Côme-Linière.....	62311	1

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Saint-Constant	66614	0	Saint-Ferréol-les-Neiges	61704	0
Saint-Cuthbert	64918	0	Saint-Flavien (Lotbinière).....	62828	1
Saint-Cyprien (Les Etchemins).....	62201	1	Saint-Fortunat	62638	1
Saint-Cyprien (Rivière-du-Loup).....	60802	3*	Saint-François-d'Assise (Avignon) ...	60451	5*
Saint-Cyprien-de-Napierville	66701	0	Saint-François-de-la-Rivière-		
Saint-Cyrille-de-Lessard	61314	1	du-Sud	61421	1
Saint-Cyrille-de-Wendover	64128	1	Saint-François-de-Sales	69008	3*
Saint-Damase	65102	0	Saint-François-du-Lac	64228	1
Saint-Damase (Matapédia).....	60539	4*	Saint-François-Xavier-de-Brompton .	63512	0
Saint-Damase-de-l'Islet	61312	1	Saint-François-Xavier-de-Viger	60809	3
Saint-Damien (Matawinie).....	64928	0	Saint-François-Xavier-des-Hauteurs.	60701	4*
Saint-Damien-de-Buckland	61509	0	Saint-Frédéric (Robert-Cliche)	62359	1
Saint-David (Le Bas-Richelieu).....	64214	1	Saint-Fulgence	69437	2
Saint-David-de-Falardeau	69446	2	Saint-Gabriel (D'Autray)	64924	0
Saint-Denis (Kamouraska).....	61032	3*	Saint-Gabriel (La Mitis).....	60709	4*
Saint-Denis-de-Brompton	63504	0	Saint-Gabriel-de-Brandon	64922	0
Saint-Denis-sur-Richelieu	65126	0	Saint-Gabriel-de-Valcartier	62055	0
Saint-Didace	64721	0	Saint-Gabriel-Lalemant.....	61008	3*
Saint-Dominique (Les Maskoutains)	64005	0	Saint-Gédéon-de-Beauce	62429	1
Saint-Dominique-du-Rosaire	68433	5*	Saint-Gédéon (Lac Saint-Jean-Est) ..	69317	3*
Saint-Donat (La Mitis)	60722	4*	Saint-Georges	62322	1
Saint-Donat (Matawinie)	66126	0	Saint-Georges (Le Centre-de-la-		
Saint-Edmond-les-Plaines	69051	4*	Mauricie).....	63239	1
Saint-Edmond-de-Grantham	64141	1	Saint-Georges-de-Clarenceville	65408	0
Saint-Édouard (Les Jardins-de-			Saint-Georges-de-Windsor	63522	0
Napierville)	66706	0	Saint-Gérard-des-Laurentides	64329	1
Saint-Édouard-de-Fabre	68302	5*	Saint-Gérard-Majella (Le Bas-		
Saint-Édouard-de-Frampton	62222	1	Richelieu).....	64229	1
Saint-Édouard-de-Lotbinière	62834	1	Saint-Germain (Kamouraska).....	61028	3*
Saint-Édouard-de-Maskinongé.....	64719	1	Saint-Germain-de-Grantham	64139	1
Saint-Élie-De-Caxton	64332	1	Saint-Gervais (Bellechasse)	61522	0
Saint-Éloi (Les Basques)	60822	4*	Saint-Gilbert (Portneuf).....	62931	0
Saint-Elphège (Nicolet-Yamaska) ...	64211	1	Saint-Gilles (Lotbinière).....	62812	1
Saint-Elzéar (Bonaventure).....	60416	5*	Saint-Godefroi (Bonaventure).....	60408	5*
Saint-Elzéar (La Nouvelle-Beauce) ..	62379	1	Saint-Guillaume (Drummond).....	64206	1
Saint-Elzéar (Témiscouata).....	60924	4*	Saint-Guillaume-Nord (Matawinie) ...	65891	0
Saint-Émile-de-Suffolk	67546	1	Saint-Guy (Les Basques)	60716	4*
Saint-Éphrem-de-Beauce	62348	1	Saint-Henri	62103	0
Saint-Épiphanie (Rivière-du-Loup) ...	60814	3*	Saint-Henri-de-Taillon	69332	3*
Saint-Esprit (Montcalm)	66111	0	Saint-Herménégilde	63705	0
Saint-Étienne-de-Beauharnois.....	67001	0	Saint-Hilaire-de-Dorset	62431	1
Saint-Étienne-de-Beaumont.....	61534	0	Saint-Hilarion	61216	1
Saint-Étienne-de-Bolton	63814	0	Saint-Hippolyte	66331	0
Saint-Étienne-de-Lauzon	62116	0	Saint-Honoré.....	69443	2
Saint-Étienne-des-Grès	64314	1	Saint-Honoré (Témiscouata).....	60929	4*
Saint-Eugène (Drummond).....	64142	1	Saint-Honoré-de-Shenley	62326	1
Saint-Eugène (Maria-Chapdelaine) ..	69056	4*	Saint-Hubert (Champlain).....	65610	0
Saint-Eugène-de-Guigues	68322	5*	Saint-Hubert (Rivière-du-Loup)	60804	3*
Saint-Eugène-de-Ladrière	60753	4*	Saint-Hugues (Les Maskoutains)	64030	0
Saint-Eusèbe (Témiscouata)	60912	4*	Saint-Hyacinthe	65110	0
Saint-Eustache.....	67303	0	Saint-Ignace-de-Loyola	64901	0
Saint-Évariste-de-Forsyth	62444	1	Saint-Ignace-de-Stanbridge	65429	0
Saint-Fabien (Rimouski-Neigette)....	60751	4*	Saint-Irénée (Charlevoix-Est).....	61116	1
Saint-Fabien-de-Panet.....	61406	1	Saint-Isidore (La Nouvelle-Beauce) .	62242	1
Saint-Faustin-Lac-Carré.....	66369	0	Saint-Isidore (Roussillon).....	66618	0
Saint-Félicien	69023	3*	Saint-Isidore-de-Clifton.....	62509	0
Saint-Félix-de-Dalquier	68431	5*	Saint-Jacques (Montcalm)	66106	0
Saint-Félix-de-Valois	65821	0	Saint-Jacques-de-Leeds	62716	1
Saint-Félix-d'Otis.....	69404	2	Saint-Jacques-le-Majeur-de-		
Saint-Ferdinand	62736	1	Wolfestown	62636	1

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Saint-Jacques-le-Mineur.....	66601	0	Saint-Luc-de-Vincennes.....	63215	1
Saint-Janvier-de-Joly.....	62816	1	Saint-Lucien (Drummond).....	64111	1
Saint-Jean-Baptiste (Rouville).....	65221	0	Saint-Ludger (Le Granit).....	62422	1
Saint-Jean-Chrysostome (Chutes- de-la-Chaudière).....	62112	0	Saint-Ludger-de-Milot.....	69029	3*
Saint-Jean-de-Brébeuf (L'Amiante).....	62719	1	Saint-Magloire-de-Bellechasse (Les Etchemins).....	61502	1
Saint-Jean-de-Cherbourg (Matane).....	60604	4*	Saint-Majorique-de-Grantham.....	64136	1
Saint-Jean-de-Dieu (Les Basques).....	60806	4*	Saint-Malachie (Bellechasse).....	62221	0
Saint-Jean-de-la-Lande (Témiscouata).....	60903	4*	Saint-Malo (Coaticook).....	62506	0
Saint-Jean-de-Matha.....	65829	0	Saint-Marc-de-Figuery.....	68422	5*
Saint-Jean-des-Piles.....	63246	1	Saint-Marc-des-Carières.....	62932	0
Saint-Jean-Iberville.....	65514	0	Saint-Marc-du-Lac-Long.....	60904	4*
Saint-Jean-Port-Joli.....	61322	1	Saint-Marcel (L'Islet).....	61309	1
Saint-Jérôme.....	66328	0	Saint-Marcel-de-Richelieu.....	65001	0
Saint-Joachim (La Côte-de- Beaupré).....	61702	0	Saint-Marcellin (Rimouski-Neigette).....	60711	4*
Saint-Joachim-de-Sheffield.....	63928	0	Saint-Marc-sur-Richelieu.....	65708	0
Saint-Joseph-de-Beauce.....	62354	1	Saint-Martin (Beauce-Sartigan).....	62314	1
Saint-Joseph-de-Cléricky.....	68435	5*	Saint-Mathias-sur-Richelieu.....	65222	0
Saint-Joseph-de-Coleraine.....	62711	1	Saint-Mathieu (Abitibi).....	68428	5*
Saint-Joseph-de-Ham-Sud.....	62618	0	Saint-Mathieu (Roussillon).....	66604	0
Saint-Joseph-de-Kamouraska.....	61012	3*	Saint-Mathieu-de-Beloeil.....	65702	0
Saint-Joseph-de-la-Pointe-de-Lévy.....	62108	0	Saint-Mathieu-de-Rioux.....	60752	4*
Saint-Joseph-de-Lepage.....	60718	4*	Saint-Mathieu-du-Parc.....	64331	1
Saint-Joseph-des-Érables.....	62356	1	Saint-Maurice.....	63216	1
Saint-Joseph-de-Sorel.....	65019	1	Saint-Maxime-du-Mont-Louis.....	60304	5*
Saint-Joseph-du-Lac.....	67308	0	Saint-Médard (Les Basques).....	60729	4*
Saint-Jude (Les Maskoutains).....	65129	0	Saint-Michel (Bellechasse).....	61532	0
Saint-Jules (Robert-Cliche).....	62358	1	Saint-Michel (Les Jardins-de- Napierville).....	66708	0
Saint-Julien (L'Amiante).....	62639	1	Saint-Michel-des-Saints.....	64932	0
Saint-Just-de-Bretenières.....	61402	1	Saint-Michel-du-Squatec.....	60918	4*
Saint-Juste-du-Lac.....	60908	4*	Saint-Modeste (Rivière-du-Loup).....	60816	3*
Saint-Justin (Maskinongé).....	64711	1	Saint-Moïse (La Matapédia).....	60534	4*
Saint-Lambert (Abitibi-Ouest).....	68469	5*	Saint-Narcisse.....	63226	1
Saint-Lambert (Champlain).....	65623	0	Saint-Narcisse-de-Beaurivage.....	62811	1
Saint-Lambert-de-Lauzon.....	62106	0	Saint-Narcisse-de-Rimouski.....	60712	4*
Saint-Laurent (CUM).....	66534	0	Saint-Nazaire (Lac Saint-Jean-Est).....	69456	3*
Saint-Lazare (Bellechasse).....	61516	0	Saint-Nazaire-d'Acton.....	64024	0
Saint-Lazare (Vaudreuil-Soulanges).....	67218	0	Saint-Nazaire-de-Dorchester.....	62219	0
Saint-Léandre (Matane).....	60609	4*	Saint-Nérée (Bellechasse).....	61514	0
Saint-Léonard (CUM).....	66551	0	Saint-Nicolas.....	62128	0
Saint-Léonard-d'Aston.....	63321	1	Saint-Noël (La Matapédia).....	60536	4*
Saint-Léonard-de-Portneuf.....	62942	0	Saint-Norbert (D'Autray).....	64919	0
Saint-Léon-de-Standon.....	62218	0	Saint-Norbert-d'Arthabaska.....	63414	1
Saint-Léon-le-Grand (Maskinongé).....	64708	1	Saint-Norbert-de-Montbrun.....	68437	5*
Saint-Léon-le-Grand (Matapédia).....	60518	4*	Saint-Octave-de-Métis.....	60631	4*
Saint-Liboire (Les Maskoutains).....	64018	0	Saint-Odilon-de-Cranbourne.....	62216	1
Saint-Liguori (Montcalm).....	66102	0	Saint-Omer (L'Islet).....	61302	1
Saint-Lin-Laurentides.....	66226	0	Saint-Onésime-d'Ixworth.....	61009	3*
Saint-Louis (Les Maskoutains).....	65006	0	Saint-Ours (Le Bas-Richelieu).....	65012	1
Saint-Louis-de-Blandford.....	63444	1	Saint-Pacôme (Kamouraska).....	61020	3*
Saint-Louis-de-Gonzague (Beauharnois-Salaberry).....	67002	0	Saint-Pamphile (L'Islet).....	61301	1
Saint-Louis-de-Gonzague (Les Etchemins).....	62202	1	Saint-Pascal.....	61018	3*
Saint-Louis-de-Gonzague-du- Cap-Tourmente.....	61703	0	Saint-Patrice-de-Beaurivage.....	62805	1
Saint-Louis-du-Ha! Ha!.....	60922	4*	Saint-Patrice-de-Sherrington.....	66704	0
Saint-Luc (Les Etchemins).....	62211	1	Saint-Paul (Joliette).....	65802	0
			Saint-Paul-d'Abbotsford.....	65204	0
			Saint-Paul-de-la-Croix.....	60812	3*
			Saint-Paul-de-l'Île-aux-Noix.....	65506	0
			Saint-Paul-de-Montminy.....	61409	1

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Saint-Paul-du-Nord-Sault- au-Mouton.....	69736	5*	Saint-Sulpice (L'Assomption)	66211	0
Saint-Paulin (Maskinongé).....	64714	1	Saint-Sylvère (Bécancour).....	63313	1
Saint-Philémon (Bellechasse).....	61506	0	Saint-Sylvestre (Lotbinière).....	62802	1
Saint-Philibert (Beauce-Sartigan)	62316	1	Saint-Télesphore (Vaudreuil- Soulanges)	67126	0
Saint-Philippe (Roussillon).....	66602	0	Saint-Tharcisius (La Matapédia)	60509	4*
Saint-Philippe-de-Néri	61019	3*	Saint-Théodore-d'Acton	64022	0
Saint-Pie.....	64002	0	Saint-Théophile (Beauce-Sartigan) ..	62303	1
Saint-Pie-de-Guire (Drummond).....	64212	1	Saint-Thomas (Joliette).....	65801	0
Saint-Pierre (Joliette)	65804	0	Saint-Thomas-Didyme	69052	4*
Saint-Pierre-Baptiste.....	62731	1	Saint-Thuribe (Portneuf)	62954	0
Saint-Pierre-de-Broughton	62370	1	Saint-Tite (Mékinac).....	63231	1
Saint-Pierre-de-Lamy.....	60930	4*	Saint-Tite-des-Caps.....	61701	0
Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud....	61419	1	Saint-Ubalde (Portneuf).....	62957	0
Saint-Pierre-de-Veronne-à- Pike-River.....	65428	0	Saint-Ulric	60624	4*
Saint-Pierre-les-Becquets	63344	1	Saint-Urbain (Charlevoix)	61218	1
Saint-Placide (Deux-Montagnes).....	67324	0	Saint-Urbain-Premier	66908	0
Saint-Polycarpe (Vaudreuil- Soulanges).....	67122	0	Saint-Valentin (Le Haut-Richelieu) ..	65508	0
Saint-Prime (Le Domaine du Roy) ...	69020	3*	Saint-Valère (Arthabaska).....	63438	1
Saint-Prosper (Les Etchemins)	62204	1	Saint-Valérien (Rimouski-Neigette) ..	60746	4*
Saint-Prosper	63212	1	Saint-Valérien-de-Milton	63939	0
Saint-Raphaël (Bellechasse)	61521	0	Saint-Vallier (L'Amiante).....	61531	0
Saint-Raphaël-d'Alberville	60508	4*	Saint-Venant-de-Hereford.....	62502	0
Saint-Raymond (Portneuf)	62941	0	Saint-Vianney (La Matapédia)	60521	4*
Saint-Rédempteur (Les Chutes- de-la-Chaudière)	62118	0	Saint-Victor (Robert-Cliche).....	62346	1
Saint-Rémi (Les Jardins-de- Napierville).....	66712	0	Saint-Wenceslas (Nicolet-Yamaska) ..	63318	1
Saint-Rémi-de-Tingwick.....	63406	1	Saint-Zacharie (Les Etchemins)	62306	1
Saint-René (Beauce-Sartigan).....	62312	1	Saint-Zénon (Matawinie).....	64929	0
Saint-René-de-Matane.....	60613	4*	Saint-Zénon-du-Lac-Humqui.....	60519	4*
Saint-Robert (Le Bas-Richelieu)	65008	1	Saint-Zéphirin-de-Courval	64209	1
Saint-Robert-Bellarmin	62419	1	Saint-Zotique (Vaudreuil- Soulanges)	67115	0
Saint-Roch-de-l'Achigan.....	66221	0	Sainte-Adèle (Les Pays-d'en-Haut) ..	66351	0
Saint-Roch-de-Mékinac	63248	1	Sainte-Agathe-de-Lotbinière	62810	1
Saint-Roch-de-Richelieu	65014	1	Sainte-Agathe-des-Monts	66362	0
Saint-Roch-des-Aulnaies	61321	1	Sainte-Angèle (Maskinongé)	64718	1
Saint-Romain (Le Granit)	62436	1	Sainte-Angèle-de-Méridci	60706	4*
Saint-Romuald (Les Chutes-de- la-Chaudière).....	62125	0	Sainte-Angèle-de-Monnoir	65209	0
Saint-Rosaire (Arthabaska).....	63436	1	Sainte-Anne-de-Beaupré.....	61710	0
Saint-Samuel (Arthabaska).....	63301	1	Sainte-Anne-de-Bellevue.....	66521	0
Saint-Sauveur	66341	0	Sainte-Anne-de-la-Pérade	63201	1
Saint-Sébastien (Le Granit)	62433	1	Sainte-Anne-de-la-Pocatière	61036	3*
Saint-Sébastien (Le Haut-Richelieu) ..	65301	0	Sainte-Anne-de-la-Rochelle	63918	0
Saint-Sévère (Maskinongé)	64318	1	Sainte-Anne-de-Sabrevois	65309	0
Saint-Séverin (Robert-Cliche)	62372	1	Sainte-Anne-des-Lacs	66338	0
Saint-Séverin (Mékinac).....	63224	1	Sainte-Anne-des-Monts-Tourelle	60312	5*
Saint-Siméon.....	61102	1	Sainte-Anne-de-Sorel	65016	1
Saint-Siméon (Bonaventure).....	60421	5*	Sainte-Anne-des-Plaines	66314	0
Saint-Simon (Les Basques)	60754	4*	Sainte-Anne-du-Lac (Antoine- Labelle).....	67650	4*
Saint-Simon (Les Maskoutains)	64029	0	Sainte-Anne-du-Sault	63448	1
Saint-Simon-les-Mines	62332	1	Sainte-Apolline-de-Patton.....	61408	1
Saint-Sixte (Papineau)	67529	1	Sainte-Aurélien (Les Etchemins)	62308	1
Saint-Stanislas	63220	1	Sainte-Barbe (Le Haut- Saint-Laurent)	66819	0
Saint-Stanislas (Maria- Chapedelaine).....	69039	4*	Sainte-Béatrix (Matawinie).....	65831	0
Saint-Stanislas-de-Kostka.....	67004	0	Sainte-Blandine (Rimouski- Neigette).....	60726	4*
			Sainte-Brigide-d'Iberville	65311	0
			Sainte-Brigitte-de-Laval.....	61716	0

Spécialistes
LISTE DES LOCALITÉS

Sainte-Brigitte-des-Saults	63324	1	Sainte-Marguerite (La Nouvelle-Beauce)	62228	1
Sainte-Catherine (Roussillon)	66606	0	Sainte-Marguerite et Estérel	66349	0
Sainte-Catherine-de-Hatley	63731	0	Sainte-Marie (La Nouvelle-Beauce)	62375	1
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	62909	0	Sainte-Marie-de-Blandford	63327	1
Sainte-Cécile-de-Levrard	63342	1	Sainte-Marie-Madeleine	65104	0
Sainte-Cécile-de-Milton	63932	0	Sainte-Marie-Salome	66101	0
Sainte-Cécile-de-Whitton	62414	1	Sainte-Marthe (Vaudreuil-Soulanges)	67220	0
Sainte-Christine (Acton)	64008	0	Sainte-Marthe-sur-le-Lac	67306	0
Sainte-Christine (Portneuf)	62944	0	Sainte-Martine (Beauharnois-Salaberry)	66919	0
Sainte-Claire (Bellechasse)	62225	0	Sainte-Mélanie (Joliette)	65824	0
Sainte-Clotilde-de-Beauce	62351	1	Sainte-Monique (Nicolet-Yamaska)	63341	1
Sainte-Clotilde-de-Châteauguay	66901	0	Sainte-Monique (Lac Saint-Jean Est)	69336	3*
Sainte-Clotilde-de-Horton	63439	1	Sainte-Odile-sur-Rimouski	60742	4*
Sainte-Croix	62852	1	Sainte-Paule (Matane)	60610	4*
Sainte-Edwidge-de-Clifton	62511	0	Sainte-Perpétue (L'Islet)	61306	1
Sainte-Élisabeth (D'Autray)	65809	0	Sainte-Perpétue (Nicolet-Yamaska)	63322	1
Sainte-Élisabeth-de-Warwick	63424	1	Sainte-Praxède (L'Amiante)	62631	1
Sainte-Émélie-de-l'Énergie	65834	0	Sainte-Rita (Les Basques)	60801	4*
Sainte-Eulalie (Nicolet-Yamaska)	63302	1	Sainte-Rose-de-Watford	62208	1
Sainte-Euphémie-sur-Rivière-du-Sud	61412	1	Sainte-Rose-du-Nord	69434	2
Sainte-Félicité (Matane)	60618	4*	Sainte-Sabine (Brome-Missisquoi)	65432	0
Sainte-Félicité (L'Islet)	61308	1	Sainte-Sabine (Les Etchemins)	61504	1
Sainte-Flavie (La Mitis)	60731	4*	Sainte-Séraphine (Arthabaska)	63434	1
Sainte-Florence (La Matapédia)	60502	4*	Sainte-Sophie	66321	0
Sainte-Françoise (Les Basques)	60811	4*	Sainte-Sophie (L'Érable)	62739	1
Sainte-Françoise (Bécancour)	62839	1	Sainte-Sophie-de-Lévrard	63326	1
Sainte-Genève (CUM)	66541	0	Sainte-Thècle (Mékinac)	63242	1
Sainte-Genève-de-Batiscan	63214	1	Sainte-Thérèse (Thérèse-de-Blainville)	66309	0
Sainte-Genève-de-Berthier	64904	0	Sainte-Thérèse-de-Gaspé	60216	5*
Sainte-Germaine-Boule	68441	5*	Sainte-Thérèse-de-la-Gatineau	67832	4*
Sainte-Gertrude-Manneville	68425	5*	Sainte-Ursule (Maskinongé)	64709	1
Sainte-Hedwidge (Le Domaine-du-Roy)	69018	3*	Sainte-Victoire-de-Sorel	65009	1
Sainte-Hélène (Kamouraska)	61014	3*	Saints-Anges (La Nouvelle-Beauce)	62368	1
Sainte-Hélène-de-Bagot	64027	0	Saints-Martyrs-Canadiens	62626	1
Sainte-Hélène-de-Breakville	62114	0	Salaberry-de-Valleyfield	67016	0
Sainte-Hélène-de-Mancebourg	68456	5*	Salluit	69875	6*
Sainte-Hénédine (La Nouvelle-Beauce)	62229	1	Sault-au-Cochon (La Côte-de-Beaupré)	61791	0
Sainte-Irène (La Matapédia)	60526	4*	Sayabec	60530	4*
Sainte-Jeanne-d'Arc (Matapédia)	60538	4*	Schefferville	69801	6*
Sainte-Jeanne-d'Arc (Maria-Chapdelaine)	69033	4*	Scotstown	62538	0
Sainte-Julie (Lajemmerais)	65706	0	Scott	62231	1
Sainte-Julienne (Montcalm)	66112	0	Senneterre	68409	5*
Sainte-Justine (Les Etchemins)	62206	1	Senneville	66524	0
Sainte-Justine-de-Newton	67219	0	Sept-Îles	69711	5*
Sainte-Louise (L'Islet)	61316	1	Shannon	62914	0
Sainte-Luce-Luceville	60734	4*	Shawinigan	64319	1
Sainte-Lucie-de-Beauregard	61404	1	Shawinigan-Sud	63234	1
Sainte-Lucie-des-Laurentides	66358	0	Shawville	68009	4*
Sainte-Madeleine (Les Maskoutains)	65106	0	Sheen-Esher-Aberdeen-et-Malakoff	68039	4*
Sainte-Madeleine-de-la-Rivière-Madeleine	60302	5*	Shefford	63904	0
Sainte-Marcelline-de-Kildare	65828	0	Sherbrooke	63608	0
Sainte-Marguerite (Matapédia)	60501	4*	Shigawake	60406	5*
			Shipshaw	69447	2
			Sorel-Tracy	65021	1

LISTE DES LOCALITÉS

Spécialistes

Stanbridge	65421	0	Waswanipi (Village Cri).....	69810	6*
Stanbridge Station	65426	0	Waterloo	63906	0
Stanstead.....	63714	0	Waterville	62519	0
Stanstead-Est	63716	0	Weedon	62611	0
Stoke.....	63508	0	Wemindji (Village Cri)	69840	6*
Stoneham-et-Tewkesbury	62051	0	Wendake (Village-des-Huron)	62081	0
Stornoway	62438	1	Wentworth.....	67422	0
Stratford	62621	1	Wentworth-Nord	67424	0
Suffolk-et-Addington.....	67546	1	Westbury	62532	0
Sullivan	68410	5*	Westmount.....	66526	0
Sutton.....	63804	0	Weymontachie (Réserve indienne) ..	63282	4*
Tadoussac	69744	5*	Whapmagoostui (Réserve indienne) ..	69888	6*
Taschereau	68436	5*	Whitworth (Réserve indienne)	60882	3*
Tasiujaq (Baie-aux-Feuilles).....	69862	6*	Wickham	64120	1
Témiscaming	68301	5*	Windsor	63511	0
Terrasse-Vaudreuil	67204	0	Winneway	68388	5*
Terrebonne.....	66201	0	Wolinak (Réserve indienne).....	63381	1
Thetford Mines.....	62709	1	Wotton	62608	0
Thorne	68012	4*	Wright-Gracefield-Northfield	67826	4*
Thurso.....	67512	1	Yamachiche	64311	1
Timiskaming (Réserve indienne)	68389	5*	Yamaska	64232	1
Tingwick.....	63410	1			
Tourville.....	61311	1			
Trecesson	68432	5*			
Tremblay	69439	2			
Très-Saint-Rédempteur.....	67224	0			
Très-Saint-Sacrement	66921	0			
Tring-Jonction	62361	1			
Trois-Pistoles	60821	4*			
Trois-Rivières	64302	1			
Ulverton	64106	0			
Umiujaq (Baie-d'Hudson)	69847	6*			
Upton	64014	0			
Val-Alain.....	62818	1			
Val-Brillant.....	60524	4*			
Valcourt.....	63924	0			
Val-David	66356	0			
Val-des-Bois.....	67556	1			
Val-des-Lacs.....	66128	0			
Val-des-Monts.....	67537	1			
Val-d'Or.....	68403	5*			
Vallée-Jonction	62371	1			
Val-Morin.....	66354	0			
Val-Racine.....	62409	1			
Val-Saint-Gilles.....	68471	5*			
Val-Senneville	68401	5*			
Varennes	65713	0			
Vassan	68423	5*			
Vaudreuil-Dorion	67215	0			
Venise-en-Québec.....	65411	0			
Verchères.....	65717	0			
Verdun	66501	0			
Victoriaville.....	63431	1			
Ville-Marie	68304	5*			
Villeroys	62819	1			
Waltham-et-Bryson	68031	4*			
Warden	63909	0			
Warwick	63422	1			
Waskaganish (Fort-Rupert).....	69885	6*			
Waswanipi (Terre réservée)	69880	6*			

INDEX

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

4. PAIEMENT

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

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

4.1 MODE DE PAIEMENT

Le paiement est effectué toutes les deux semaines, sous forme de chèque ou de dépôt direct émis à l'ordre du médecin spécialiste traitant ou d'un tiers autorisé par ce médecin à recevoir le paiement.

- # Le dépôt direct se fait à la première heure du deuxième jour suivant la date du paiement, excluant les jours de fin de semaine. Aucun paiement n'est fait pour un montant inférieur à 20,00 \$. Ce montant sera joint à un paiement subséquent lorsque le total à payer excèdera ce montant.

4.2 DÉLAI DE PAIEMENT

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

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

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

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a.** DEMANDE. Numéros des demandes de paiement par ordre croissant.
(Exception : le numéro d'une demande de paiement qui a servi à l'évaluation d'une autre demande paraît sur la ligne qui suit immédiatement cette dernière).
- Les demandes de paiement CSST sont identifiées par la lettre « S » ou « T » qui précède le numéro.
 - Les demandes de paiement SLE sont identifiées par la lettre « H » qui précède le numéro.
- 2a.** DATE. Date à laquelle la demande de paiement a été reçue à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme année, mois, jour; ex. : AA1007, i.e. AA pour l'année 20AA, 10 pour octobre et 07 pour le quantième.
- 3a.** ACTE. Lorsque le montant payé diffère de celui qui a été facturé, le code de l'acte visé peut figurer dans cette colonne.
- # 4a.** PERSONNE ASSURÉE. Les quatre premiers caractères du NAM.
- 5a.** CODE. Numéros référant à la nature de la transaction (TRA) (voir 4.7.1) et à un message explicatif approprié (EXPL). (Voir l'onglet « Messages explicatifs »).
- 6a.** MONTANT PAYÉ. Le montant du paiement ou de la rectification (Voir 4.5). Un sommaire de rémunération paraît au début de l'état de compte et comprend le total de la rémunération.

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

Régie de l'assurance maladie Québec		ÉTAT DE COMPTE				Caisse postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3		
LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE								
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTAT ASSURANT	NO DU CHÉQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	DEMANDES DE PAIEMENT REGIES JUSQU'AU	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE	
UNTEL	ROBERT	0-00000-0	00000	000000000 V	20AA-10-07	20AA-09-26 (T) 20AA-09-16 (P)	002 de 002	
NO DE LA DEMANDE	DATE DE RECEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	TEMPS PAYÉ	MONTANT	RER DIEM	MESSAGES 1 2 3	REVISION ANTÉRIEURE NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a 10a
DÉTAIL DU REMBOURSEMENT EN ASSURANCE RESPONSABILITÉ								
SPÉCIMEN								
DEMANDES DE REMBOURSEMENT À LA PERSONNE ASSURÉE/ VOTRE RÉMUNÉRATION EST AFFECTÉE PAR LE CODE TRA 22								
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE.								
FIN DU RELEVÉ								
OR344 4702 306 09/94								

VOIR AU VERSO

4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

- 1a.** NUMÉRO DE LA DEMANDE. Numéro de la demande de remboursement en assurance responsabilité. S'il s'agit d'un remboursement suite à la réception du fichier de l'ACPM, ce numéro correspond à la date d'envoi du fichier (année et mois). Exemple: Pour Janvier 2006, le numéro est 0601.
- 2a.** DATE DE RÉCEPTION. Date à laquelle la demande de remboursement ou le fichier de l'ACPM a été reçu à la Régie. Cette date est exprimée selon la forme : année, mois, jour, ex. : AA-03-20.
- 3a.** CODE TRA. Code de la transaction (TRA) décrivant l'état du règlement de votre demande de remboursement (Voir 4.7.1).
- 4a.** NATURE DU MONTANT. L'année pour laquelle la Régie a évalué le remboursement en assurance responsabilité ainsi que la nature du remboursement :
 - Quote-part
 - Montant forfaitaire (s'il y a lieu)
- 5a.** TEMPS PAYÉ. Ne s'applique pas.
- 6a.** MONTANT. Le montant du remboursement ou de la révision. Ce montant est inclus à la rubrique « Paiement » du sommaire de votre état de compte.
- 7a.** RÉF. DEM. Ne s'applique pas.
- 8a.** MESSAGES. Les numéros de messages explicatifs appropriés. (Voir l'onglet « Messages explicatifs »).
- 9a.** RÉVISION ANTÉRIEURE. Le montant de l'assurance responsabilité remboursé sur des paiements antérieurs pour l'année mentionnée.
- 10a.** RÉVISION NOUVELLE. Le montant total d'assurance responsabilité remboursé à ce jour pour l'année mentionnée, incluant le présent paiement (somme du montant payé (6a) et du montant remboursé sur des paiements antérieurs (9a)).

4.4.1.5 Avis de remboursement à la personne assurée

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

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

4.4.2 Vérification des paiements

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

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

4.5.3 Paiement refusé en partie

Le montant payé par la Régie est moindre que le montant demandé. Dans ce cas, le code de l'acte visé par le redressement d'honoraires figure à l'état de compte dans la colonne ACTE suivi du code de transaction « TRA » 02, 10 ou 22 (Voir 4.7.1) et du code de message explicatif approprié (Voir sous l'onglet « Messages explicatifs »).

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

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

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

4.5.4 Paiement refusé en totalité

Lorsque le paiement est refusé, le numéro de la demande de paiement figure à l'état de compte suivi du code de transaction « TRA » 02, 10, 11 ou 22 (Voir 4.7.1) et du code de message explicatif approprié (Voir sous l'onglet « Messages explicatifs »). De plus, dans le cas du refus de paiement d'une ligne de service, le code de l'acte concerné paraît dans la colonne ACTE.

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

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

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

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

- 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 en radiologie, en cardiologie, en médecine interne ou en Anesthésiologie (réf. : Addendum 8 -Ultrasonographie et Protocole II, 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.
- 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.
- 233** L'acte pour lequel vous demandez une majoration ne peut être payé puisqu'il requiert une anesthésie générale (réf. : règle 24 du Préambule général).
- 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.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 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.
- 239** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18 et déjà payé à un autre professionnel.
- 240** En raison de la Règle d'application n° 19, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 241** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 072.
- 242** Conformément au maximum prévu à la règle 5.7 du Préambule général.
- 243** Le supplément de consultation n'est pas payable lorsqu'un patient a été examiné par un autre pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence du même centre hospitalier (réf. : règle 5 (règle 4 à compter du 1^{er} octobre 2000), Addendum 2 - Pédiatrie).
- 244** En raison de la règle 6 (règle 5 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie, le supplément de durée n'est rémunérable que deux fois par période de 12 mois pour un même malade.
- 245** En raison de la règle 8.2 de l'Addendum 4 - Chirurgie, en neurochirurgie, les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.
- 246** En raison de la Règle d'application n° 28, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 247** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25.
- 248** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25 et déjà payé à un autre professionnel.
- 249** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 250** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas inscrit. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas dans nos fichiers. Voir la section 3.2.3, médecin ayant requis des services, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 253** Le code d'acte réclamé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez (réf. : article 2 de l'Addendum 1 - Médecine).
- 256** Seuls les médecins autorisés peuvent facturer des services avec ce modificateur.
- 257** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 258** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 259** Selon la note 2 relative à l'évaluation neuro-ophtalmologique, cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un neurologue ou un neurochirurgien.

- 260** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible à la date de l'acte.
- 262** La spécialité de classement du médecin référant doit être différente de celle du médecin traitant.
- 263** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue.
- # **264** Conformément à la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être la même que celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- # **265** Conformément à la règle 2.6 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être différente de celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 266** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardio-vasculaire (et thoracique).
- 267** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire).
- 268** Conformément au maximum prévu à la règle 5.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire) et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 269** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 270** Conformément à la règle 5.2 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5, (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 271** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 272** Conformément à la règle 5.3 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 273** En raison de la règle 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la visite payable dans le cas d'un patient traité d'urgence a déjà été réclamée.
- 274** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec votre spécialité.
- 275** En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 276** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie, vous ne pouvez facturer cet acte.
- 280** Le numéro de l'autorisation accordée par la Régie est absent ou non conforme en fonction du service facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement s'il y a lieu.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 281** Le montant des actes des sections cathétérismes veineux n'est pas comptabilisé dans le cumul du maximum d'honoraires payable pour les services codés 0300 ou 0310, car ils sont inclus dans le cathétérisme cardiaque.
- 282** Les honoraires sont payés conformément au tarif en vigueur et selon les dispositions convenues par les parties négociantes.
- 283** Seuls les médecins neurochirurgiens ou urologues désignés par les parties négociantes peuvent être rémunérés pour ces spécialités dans cet établissement.
- 284** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 285** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 286** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie).
- 287** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie) et déjà facturé par un autre professionnel.
- 288** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 289** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- # 297** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : règle 23 du Préambule général).
- 298** Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 299** Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif: le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 300** Dates de visites rectifiées conformément aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 301** Sur une ligne de la section visites de la demande de paiement, des quantités (dates) chevauchent deux mois. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 302** Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.
- 304** Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs 136, 137, 138 et 139).
- 305** La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont réclamés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du Formulaire.
- 306** Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.
- 307** En raison de la règle 2 de l'Addendum 2 - Pédiatrie, cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.

- 510** En raison de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 511** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Lettre d'entente 3 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 512** En raison de la règle 22.1 du Préambule général, l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 075.
- 513** En raison de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 514** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 (règle 2.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 515** En raison de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 516** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 (règle 3.1 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 (Pédiatrie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 517** En raison de la règle 8.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 518** Les actes réclamés n'étant pas de nature différente, non complémentaires et non inclus et ayant été pratiqués au cours de la même séance opératoire par des chirurgiens de la même spécialité, la règle 9 de l'Addendum 4 (Chirurgie) ne peut être appliquée dans ce cas.
- # **519** En raison de la règle 1.1 et 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- # **520** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 1.1 et 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 521** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 522** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 526** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 527** En raison de la règle 4.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 529** En raison de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 530** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 531** En raison de la règle 5.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.
- 539** En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 540** Selon la règle 7.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.
- 542** En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 543** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 544** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance.
- 545** En raison de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 546** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 547** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 548** En raison de leur libellé (description) et de la règle 12.1 du Préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 549** Tel que spécifié dans la Règle d'application n° 2, cet acte doit être accompagné de notes explicatives.
- 550** Le rôle demandé n'étant pas négocié pour cet acte, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- # **551** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui s'appliquent dans un établissement hospitalier d'une région insuffisamment pourvue de professionnels de la santé ou dans ceux visés par la Lettre d'entente A-96, 98 (Brochure n° 1).
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 554** Le rôle demandé est inexistant pour ce code d'acte.

- 555** Conformément à la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 556** En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - obstétrique gynécologie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 557** Conformément à la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement en établissement ailleurs qu'à la salle d'urgence.
- 558** Conformément à la règle 25 du Préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- 559** Conformément à la règle 1.1, 2.1, 2.2 ou 6.4 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, le modificateur 187 est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 560** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec le rôle demandé par un autre professionnel pour le même code d'acte.
- 561** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec celui demandé pour le même code d'acte sur la demande de paiement indiquée en référence.
- 562** Selon leur définition ces rôles ne peuvent être demandés simultanément pour le même acte.
- 563** Le rôle et la spécialité sont incompatibles pour ce code d'acte.
- 564** Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n° 5), le modificateur 189 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis.
- 565** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 566** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 567** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires de l'acte, dont le tarif est le moins élevé, sont payés à demi-tarif.
- 568** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle 10 de l'Addendum 4 de la Chirurgie pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.
- 569** Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), le modificateur 050 s'applique jusqu'au 31 mars 2003. À compter du 1^{er} avril 2003, conformément à la règle 3.3 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), le modificateur 134 s'applique.
- 570** Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte.
- 571** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui ne s'appliquent pas à l'acte facturé sur la demande de paiement.
- 572** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec le rôle inscrit pour ce code d'acte.
- 573** Conformément à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le modificateur est incompatible avec le code de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.

- 574** L'heure indiquée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ne correspond pas au modificateur employé. Veuillez vérifier et resoumettre, s'il y a lieu.
- 575** Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir la section 6 : Facturation des actes, sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».
- 577** Conformément à la règle 14 du Préambule général, à la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes* et à la règle 4.2 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHGS).
- 578** Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.
- 579** Le modificateur utilisé est non permis pour l'établissement facturé.
- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- 583** Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n^o 5), le modificateur 188 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe.
- 584** Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.
- 585** L'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un local sous gestion du gouvernement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 586** Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), la tarification 2/3-1/3 s'applique seulement si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente.
- 587** Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=058) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=059).
- 588** Selon la règle 8 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), on accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.
- 589** La majoration d'honoraires pour l'horaire de soir, le week-end ou les jours fériés est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par les Annexes 10, 27 et 28.
- 590** Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine, et un jour différent d'un congé férié.
- 591** En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour le paiement.

- 592** Les services sont refusés parce qu'ils n'ont pas été facturés conformément aux instructions de facturation. Veuillez vous conformer à l'avis administratif se rapportant au programme concernant la rémunération des médecins pour le complètement du rapport médical visé à la Loi sur la sécurité du revenu, sous l'onglet « Tarification des visites ».
- 593** En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardio-vasculaire, endocrinien ou urinaire.
- 594** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 596** La durée de l'anesthésie relative à l'acte facturé coïncide avec la durée de l'acte lui-même; la valeur de durée est donc incluse dans la valeur du rôle 1.
- 597** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le tarif de l'unité de durée ne s'applique qu'à l'acte principal.
- 598** À cause de sa durée exceptionnelle, le service facturé ne peut être évalué sans notes explicatives appropriées.
- 599** Veuillez vous conformer à l'avis qui figure sous l'acte facturé.
- 600** La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (réf. : Annexe 38 ou 40 - Brochure n° 5). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.
- 603** Conformément au maximum prévu à la règle 5.5 du Préambule général, cet acte ne peut être réclamé plus d'une fois par trimestre.
- 604** La majoration d'honoraires pour l'horaire de nuit (modificateur 007) est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par l'Annexe 10.
- 605** Conformément à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait quotidien par discipline visée.
- 606** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 10.
- 607** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 11.
- 608** Conformément au Plafonnement d'activités PA 1, nerf somatique, le maximum étant atteint pour ce service médical, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 609** Conformément au Plafonnement d'activités PA 3, électro-encéphalogramme de base, le maximum étant atteint pour ce service médical en cabinet, vous avez droit seulement au quart des honoraires prévus.
- 610** Le total des honoraires est rectifié pour correspondre à la somme des honoraires calculés.
- 611** Les honoraires de cette demande de paiement vous ont été payés par erreur.
- 612** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 8.
- 613** Dépassement du maximum de visites de suivi oncologique payables (réf. : article 4 de l'Addendum 1 - Médecine).

- 614** Les honoraires demandés ne correspondent pas à ceux prévus pour le lieu de traitement indiqué sur la demande de paiement.
- 615** Aucun montant d'honoraires n'est inscrit sur la demande de paiement.
- # **616** Le maximum prévu aux différentes listes de gardes selon l'Annexe 25 (Brochure n°1) est dépassé.
- 617** Le maximum payable est dépassé en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical.
- 618** Le maximum payable en raison du libellé de l'acte, d'une précision administrative au tarif ou à la suite d'une appréciation particulière d'ordre médical, est dépassé parce que déjà facturé par un autre professionnel ou déjà payé à un autre professionnel.
- 619** Conformément à l'article 2.1 de la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), il ne peut être payé qu'un forfait par période de six jours consécutifs.
- 621** Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins désignés par la Commission peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 622** Conformément à l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins membres du Bureau d'évaluation médicale peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 623** Honoraires rectifiés pour correspondre au tarif en vigueur et au montant demandé.
- 624** Les honoraires d'une des lignes de service vous ont été payés en double.
- 625** Conformément aux tarifs en vigueur à la date des services et aux dispositions relatives à la rémunération différente.
- 626** Conformément à la règle 16 du Préambule général, lorsqu'un acte est facturé avec un honoraire majoré, les renseignements concernant les circonstances cliniques exceptionnelles qui justifient cet honoraire majoré doivent être fournis.
- 627** Facturation non conforme aux dispositions de la Lettre d'entente 97 (Brochure n° 1).
- 628** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 5.
- 629** Seuls les anesthésiologistes ou les chirurgiens généraux faisant partie de la banque de remplacement gérée conjointement par l'association concernée et la F.M.S.Q. ont droit à la prime de remplacement (réf. : article 2.2 de l'Annexe 32).
- 630** Conformément à l'Annexe 38 ou 40 (Brochure n° 5), seuls les médecins désignés à l'Annexe 29 par les parties négociantes peuvent être rémunérés avec ce modificateur dans cet établissement.
- 631** Facturation inadéquate du code de forfait demandé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la Lettre d'entente 124 (Brochure n° 1).
- 632** En raison de l'Addendum 1 (Médecine) ou de la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), le supplément de durée n'est rémunérable qu'une fois par période de 12 mois pour un même malade.
- 633** Conformément au maximum permis à la Lettre d'entente 13 (Brochure n° 1).
- 634** En raison des règles 1 et 5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les soins postopératoires confiés ne peuvent être facturés plus d'une fois.

- 801** Incompatibilité entre le code d'acte facturé et le code d'établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 802** Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est incompatible avec l'acte facturé sur cette ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 803** Le code d'établissement ou de localité, selon le cas, est manquant, illisible ou incomplet. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 804** Le code d'établissement ou le code de localité, selon le cas, est inexistant à la date des services. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 805** Code d'établissement inexistant pour la période indiquée sur la demande de paiement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 806** Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 807** Selon la Règle d'application n° 9 (Obstétrique-Gynécologie), aucun honoraire ne peut être demandé pour un avortement thérapeutique et pour les soins reliés pratiqués en cabinet privé.
- 808** Conformément à la Règle d'application n° 11, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 809** Conformément à la Règle d'application n° 12, ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 810** Selon sa nomenclature, l'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 811** Le médecin spécialiste en radiologie ne peut être rémunéré dans ce type de laboratoire.
- 812** Seul le médecin spécialiste en radiologie peut être rémunéré en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 813** Les honoraires de laboratoire (R=7) ne sont pas payables en établissement ou dans ce type de laboratoire.
- 814** Les consultations (R=1) ne sont pas payables dans ce type de laboratoire.
- 816** Conformément à l'Annexe 25 (Brochure n° 1), le code d'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés par le ministre.
- 817** Les traitements de réadaptation physique donnés en clinique sont payables seulement lorsque le propriétaire exploitant, le 30 juin 1987, était un médecin physiatre.
- 818** Selon l'article 3 de l'Annexe 16 (Brochure n° 1), celui qui est salarié ne peut toucher d'honoraires de la Régie pour sa pratique en établissement. De plus les renseignements fournis, ne nous permettent pas d'identifier une des exceptions prévues à la Lettre d'entente 25 ou à l'article 3.1 de l'Annexe 16.

- 819** En raison de son libellé (description), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 820** Les services ne peuvent être rémunérés selon le tarif de la pratique en centre hospitalier, car l'établissement ne figure pas à l'annexe de la Lettre d'entente A-33 (Brochure n° 1).
- 821** La date d'entrée à l'établissement est erronée. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 822** La date d'entrée à l'établissement ou à l'unité coronarienne est manquante, incomplète ou illisible. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 824** Le numéro d'établissement codé « 0XXX8 » n'est pas acceptable pour les services rémunérés à l'acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 825** Selon votre spécialité, le code d'établissement est incompatible avec l'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 826** Conformément à l'Annexe 27 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 827** Conformément à l'Annexe 28 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 830** Conformément à la Lettre d'entente 13 (Brochure n° 1), les traitements de physiothérapie donnés en clinique ne peuvent être facturés pour les personnes assurées âgées de moins de 65 ans.
- 831** Le modificateur 170 ne peut être autorisé lorsqu'il est facturé dans un établissement autre qu'un de ceux reconnus par le ministre versus certains actes s'appliquant à la téléhémodialyse.
- 833** Conformément à l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1), le code d'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un établissement autre qu'un de ceux désignés par le ministre.
- 834** Conformément à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), ce code d'acte est incompatible avec le code de l'établissement.
- 838** Le maximum de forfaits de garde est dépassé. Si nécessaire, le Directeur des services professionnels et hospitaliers de votre établissement pourra nous faire parvenir votre demande de révision accompagnée de la liste de garde pour la période visée (nombre de forfaits pour chaque professionnel ou le détail des heures, s'il y a lieu).
- 839** Conformément aux annexes 10, 27 et 28 (Brochure n° 1), le modificateur 073 est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- # **841** Celui qui est rémunéré au per diem ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie à l'exception des mesures prévues à l'Annexe 15 et à la Lettre d'entente A-96, 98 ou 123 (Brochure n° 1).

RÈGLE D'APPLICATION NO. 3

OPHTALMOLOGIE

Actes chirurgicaux

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

Ces chirurgies sont:

07801 Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation par Laser YAG

07802 Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG

07051 Sphinctérotomie

07052 Synéctomie irienne (corélyse)

07055-Cataracte membraneuse : discission

07137 Iridectomie périphérique ou complète

07811 Cyclodialyse

07814 Corectopie

07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

07325 Ponction du vitré par pars plana

07335 Réintervention (ponction du vitré par pars plana)

RÈGLE D'APPLICATION NO. 4CHIRURGIES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MULTIPLES
AU COURS D'UNE SÉANCE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

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

Toutefois, en plus du paiement de l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé, sont également payés à demi-tarif (MOD=050), lorsque accomplis au cours de la même séance, les procédés diagnostiques et thérapeutiques n'apparaissant pas à la rubrique « Obstétrique-gynécologie », les chirurgies digestives et l'exérèse d'un ou plusieurs ganglions(s) sentinelle(s) effectuées lors d'une chirurgie oncologique, les chirurgies du sein, l'urétropexie par voie sus-pubienne ainsi que les chirurgies mentionnées au chapitre « Gynécologie » sous la rubrique « Vulve et orifice inférieur du vagin ».

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

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

RÈGLE D'APPLICATION NO. 6

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

- Soins d'un nouveau-né.
- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.
- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- Forfait pour chirurgie oncologique complexe (sauf pour les honoraires d'anesthésie).
- + - Thérapie immuno-suppressive pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque ou cardiaque-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire.
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

RÈGLE D'APPLICATION NO. 7**CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE**

Pour le médecin classé en chirurgie thoracique ou en chirurgie cardiovasculaire et thoracique, les visites pré-opératoires sont comprises dans le tarif de la chirurgie sauf celles qui sont faites plus de 90 jours avant la chirurgie.

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

3.2.4 Sous réserve de l'article 3.2.5, 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.

3.2.5 Pour le médecin classé en microbiologie ou en médecine nucléaire, seuls 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.

3.3 Divers

3.3.1 Le médecin spécialiste classé en psychiatrie ou en neurologie 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 147 000 \$ 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 89 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.8 PG 7 Physiatrie

Pour le médecin classé en physiatrie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 122 000 \$ 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 89 000 \$ 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 »; et
- 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 89 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et en clinique externe, 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.

INDEX

Page

DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL.....	A-2
Règle 1 - Paiement	A-2
Règle 2 - Frais de pratique	A-2
Règle 3 - Enseignement clinique.....	A-2
Règle 4 - Tarification nouvelle.....	A-2
Règle 5 - Visites	A-3
Règle 6 - Malade dirigé	A-5
Règle 7 - Thérapie de communication.....	A-6
Règle 8 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	A-6
Règle 9 - Surveillance.....	A-6
Règle 10 - Soins simultanés	A-7
Règle 11 - Réanimation cardio-respiratoire.....	A-7
Règle 12 - Honoraire global.....	A-7
Règle 13 - Remboursement des frais de déplacement.....	A-7
Règle 14 - Soins d'urgence	A-7
Règle 15 - Tournée des malades le week-end	A-11
Règle 16 - Honoraire additionnel.....	A-11
Règle 17 - Tarif de la pratique en établissement	A-11
Règle 18 - Visite à domicile	A-12
Règle 19 - Rapports médicaux	A-12
Règle 20 - Déclaration de décès.....	A-12
Règle 21 - Classification	A-12
Règle 22 - Pratique hors discipline	A-13
Règle 23 - Procédés et chirurgies pédiatriques	A-13
Règle 24 - Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie	A-13
Règle 25 - Procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie	A-14
Règle 26 - Visite d'un malade atteint d'un cancer	A-14
Règle 27 - Procédés et chirurgies en urologie.....	A-14
Règle 28 - Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional	A-14
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22A) II DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-15
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22F) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-19
# DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉ- BEC NI AU CANADA	A-20
# DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-22
# SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORI- SATION	A-24
# SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	A-25
# TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-26

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL**RÈGLE 1.
PAIEMENT**

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

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

**RÈGLE 2.
FRAIS DE PRATIQUE**

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

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

**RÈGLE 3.
ENSEIGNEMENT CLINIQUE**

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

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

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

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

**RÈGLE 4.
TARIFICATION NOUVELLE**

AVIS : *Les services médico-administratifs ne sont pas des services médicaux. Ils ne peuvent donc pas être facturés comme un acte non négocié.*

4.1 Le médecin spécialiste a droit d'être payé pour une procédure diagnostique ou thérapeutique ou une chirurgie dont le tarif ne prévoit pas la tarification.

AVIS :

- *Inscrire le code 09990;*
- *Inscrire les autres renseignements : date, rôle, modificateur, unités;*
- *Ne pas inscrire d'honoraires;*
- *Fournir une description détaillée du service médical fourni;*
- *Facturer cet acte seul sur la demande de paiement;*
- *Inscrire un « N » dans la case CS.*

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 5. VISITES

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

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

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

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

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

Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle.

La visite de départ est effectuée le dernier jour de l'hospitalisation et remplace la visite de contrôle. Elle inclut le résumé du dossier et l'organisation de la prise en charge du patient à sa sortie. Seul le médecin spécialiste en médecine interne qui signe le congé d'un patient hospitalisé en médecine interne peut se prévaloir de la tarification prévue pour la visite de départ. Cette visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures en médecine interne suivant la visite principale.

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

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

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

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

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

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

- + Toutefois, en centre hospitalier de courte durée, le médecin classé en gériatrie qui suit un malade atteint de démence (MMSE < 23/30) ou affecté par une perte de mobilité (Echelle de Berg < 45/56) 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 : Utiliser le code d'acte 15139;

- inscrire le rôle 1;
- les honoraires sont de **51,00 \$**;
- Inscrire le «SCORE» dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**;
- Inscrire la date d'entrée dans la case **ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement**.

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.

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

AVIS : *Référez 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.*

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 oncologique, la visite de départ, l'évaluation particulière, la tournée des malades, l'évaluation génétique et le suivi d'évaluation génétique. (*)

La présente règle ne s'applique pas aux visites en pédiatrie, à la visite de contrôle des soins de ventilation, à un patient sous télémétrie traité par un cardiologue dans un centre hospitalier à l'extérieur d'une unité de soins intensifs ou de la salle d'urgence, 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. (*) (**)

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. (*)

Pour un patient sous télémétrie traité par un cardiologue en centre hospitalier à l'extérieur d'une unité de soins intensifs ou de la salle d'urgence, ce dernier peut réclamer un maximum de trois (3) unités de visites par jour d'hospitalisation. (***)

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

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

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

(**) *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.*

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

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES :

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

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q., c.S-2.1);
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions réglementaires (Décret 213-93 du 17 février 1993).

18. PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT AU SENS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX :

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

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

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

1. la constatation de décès;
2. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;
3. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection du malade mental (L.R.Q., chap. P-41);
4. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la curatelle publique (L.R.Q., chap. C-80);
5. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec;
6. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu (1988, c.51) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, en vertu de l'article 64 de cette loi;
7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chap. P-34.1).

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

- A) Une **attestation médicale**, signée par deux (2) médecins ayant une compétence reconnue dans le domaine concerné par la maladie de la personne. Celle-ci comprendra :
 - une description détaillée des services spécialisés requis;
 - une attestation justifiant la non disponibilité de ces services au Québec et au Canada;
 - le nom et l'adresse de l'établissement où aura lieu l'hospitalisation;
 - le nom du professionnel de la santé hors du Québec qui sera responsable des services spécialisés requis.
- B) Un **résumé** du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

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

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866-340-2475
Télécopieur : 418 646-3492

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

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION**1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

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

B) Un **résumé** du dossier médical.

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Autorisation médicale
Service de l'application des programmes (Q039)
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

4. INFORMATION

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

Téléphone : 418 643-8114
Ligne sans frais : 1 866-340-2475
Télécopieur : 418 646-3492

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 4788 (dissection et excision de paquets variqueux etc., voir NOTE, page J-16).

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

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

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

Adresser la demande à :

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

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

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services
Health and Community Services Agency
35 Douses Road
P.O. Box 3000
Montague (I.P.E.) C0A 1R0
Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA

Commission des services de santé du
Manitoba
300 Confederation Building
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : (204) 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la santé et des services
communautaires
520, rue King, 3^e étage, édifice Carleton
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : (506) 453-2283

NOUVELLE-ÉCOSSE

Medical Services Insurance (M.S.I.)
P.O. Box 500, 2nd Floor
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1
Téléphone : (902) 468-9700

NUNAVUT

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

ONTARIO

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

SASKATCHEWAN

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

TERRE-NEUVE

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	2004 -2005	2005 - 2006	2006 - 2007
<i>Fête nationale du Québec</i>	<i>24 juin 04</i>	<i>24 juin 05</i>	<i>23 juin 06</i>
<i>Fête du Canada</i>	<i>1^{er} juil. 04</i>	<i>1^{er} juil. 05</i>	<i>30 juin 06</i>
<i>Fête du Travail</i>	<i>6 sept. 04</i>	<i>5 sept. 05</i>	<i>4 sept. 06</i>
<i>Action de Grâce</i>	<i>11 oct. 04</i>	<i>10 oct. 05</i>	<i>9 oct. 06</i>
<i>Fête de Noël</i>	<i>27 déc. 04</i>	<i>26 déc. 05</i>	<i>25 déc. 06</i>
<i>Lendemain de Noël</i>	<i>28 déc. 04</i>	<i>27 déc. 05</i>	<i>26 déc. 06</i>
<i>Jour de l'An</i>	<i>3 jan. 05</i>	<i>2 jan. 06</i>	<i>1^{er} jan. 07</i>
<i>Lendemain du Jour de l'An</i>	<i>4 jan. 05</i>	<i>3 jan. 06</i>	<i>2 jan. 07</i>
<i>Lundi de Pâques</i>	<i>28 mars 05</i>	<i>17 avril 06</i>	<i>9 avril 07</i>

#	INDEX	Page
	TARIFICATION DES VISITES	B-3
	ADDENDUM 1 - MÉDECINE3	B-3
	Allergie	B-5
	Anesthésiologie	B-8
	Biochimie	B-10
	Cardiologie	B-12
	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-16
	Chirurgie générale	B-19
	Chirurgie orthopédique	B-21
	Chirurgie plastique	B-24
	Dermatologie	B-26
	Endocrinologie	B-29
	Gastroentérologie	B-32
	ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-35
	Génétique médicale	B-36
	Gériatrie	B-39
	Hématologie - oncologie médicale	B-42
	Hygiène publique	B-46
	ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE	B-48
	Médecine d'urgence	B-52
	Médecine interne	B-56
	Médecine nucléaire	B-59
	ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-60
	Microbiologie - Infectiologie	B-62
	Néphrologie	B-67
	Neurochirurgie	B-71
	Neurologie, neuropsychiatrie, électro-encéphalographie	B-74
	Obstétrique - Gynécologie	B-77
	Ophthalmologie	B-83
	Oto-rhino-laryngologie	B-87
	ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-90
	Pédiatrie	B-91
#	Physiatrie	B-96
#	Pneumologie	B-99
#	ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-102
#	Psychiatrie	B-105
#	Radio-oncologie	B-111
#	Rhumatologie	B-114
#	Santé communautaire	B-117
#	Urologie	B-120
#	Hors discipline	B-122
#	Divers	B-124
#	ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N° 6)	B-126
#	EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N° 5)	B-127
#	EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE (LETTRE D'ENTENTE N° 62)	B-128

INDEX	Spécialistes
	<i>Page</i>
# EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N° 64).....	B-128
# SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU.....	B-129
# SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-129
# ANNEXE 30 - Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers psychiatriques en réadaptation lourde	B-130
# 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-131

B - TARIFICATION DES VISITES**ADDENDUM 1. - MÉDECINE****1. Supplément de durée**

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

La tarification du supplément de durée est prévue aux tableaux d'honoraires; nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite.

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

Le médecin indique la durée de la visite.

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

2. Limitations

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

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

Sauf pour le malade hospitalisé, le supplément de durée n'est payé qu'une fois par période de 12 mois.

3. Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale

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

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

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

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

4. Visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale

La visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale est la visite que le médecin spécialiste en hématologie ou en oncologie médicale effectue auprès d'un patient hospitalisé avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

AVIS : Voir les codes d'acte 09012 et 15009 sous le présent onglet.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

Elle remplace la visite de contrôle.

TARIFICATION DES VISITES

NOMENCLATURE DES VISITES ET DES SUPPLÉMENTS DE CONSULTATION

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

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

Enfin, la présence d'un ou plusieurs astérisques () suivant le libellé d'un acte réfère à un regroupement d'avis au bas de la page.*

EXEMPLE :

09127	Visite principale	55,00
----	Supplément de consultation 44,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*).	99,00

R = 1

Externe		
09162	Visite principale	15,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	40,00
09145	Visite de contrôle	10,00

**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)	40,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09201	Visite principale	15,00
----	Supplément de consultation 25,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	40,00
09202	Visite de contrôle	10,00

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1****BIOCHIMIE****Cabinet privé :**

09127	Visite principale	41,50
----	Supplément de consultation 43,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,00
09129	Visite de contrôle	21,50

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

09150	Visite principale	49,35
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,35
----	Supplément de consultation 35,65	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,00

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*

09094	Visite de transfert	35,70

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

09152	Visite de contrôle	17,30

Externe

09162	Visite principale	31,50
----	Supplément de consultation 33,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
09164	Visite de contrôle	15,50

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

09147	Visite principale	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	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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	46,10
----	Supplément de consultation 5,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	51,60
09292	Supplément de durée	30,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

09129	Visite de contrôle	18,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	39,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	39,00
09160	Consultation (*)	39,00
09152	Visite de contrôle	16,30
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	60,00

AVIS : SOINS D'URGENCE
Voir la règle 14 du Préambule général

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

Externe		
09162	Visite principale.	35,20
----	Supplément de consultation 6,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	41,50
09164	Visite de contrôle.	14,50
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus.	59,00

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

09147	Visite principale	22,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	22,00

AVIS : *Voir la règle 5.5 du Préambule général.*

----	Supplément de consultation 17,60	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	39,60
09148	Visite de contrôle	11,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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 (*)	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	51,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 47,10	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
+ 15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	30,00
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	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 (*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert (**)	34,00
00039	Visite de contrôle	10,75

AVIS : (*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.
(**) Voir la règle 5.6 du Préambule général.

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
+ 00041 15139	Tournée des malades le week-end Pour patient atteint de démence ou affecté par une perte de mobilité	35,25 51,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire le « SCORE » dans la case <i>DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</i> - Inscrire la date d'entrée dans la case <i>ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement</i> . Voir la règle 5.4 du préambule général.		
00053 00054	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour chaque jour subséquent	93,00 54,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case <i>DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - 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 09098	<i>premier jour</i> <i>chaque jour subséquent</i>	68,00 68,00
Externe		
00042 ----	Visite principale. Supplément de consultation 65,45	51,00
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
+ 15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	30,00
+	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 (*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00045	Visite de contrôle.	10,75

AVIS :

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

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

00046	Visite principale	51,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre (**)	51,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
+ 15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément.	30,00
+	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 (***)	10,75

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».*

00063	Visite principale	51,00
----	Supplément de consultation 65,45	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,10
00065	Supplément de durée (*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle	10,75

AVIS : (*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.
(**) Voir la règle 5.5 du Préambule général.
(***) Voir la Règle d'application n° 27.

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	44,40
----	Supplément de consultation 37,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	81,40
09129	Visite de contrôle	20,50

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	48,30
----	Supplément de consultation 62,80	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	111,10
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	56,15
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	56,15
----	Supplément de consultation 24,70	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,85

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

09094	Visite de transfert	39,30

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

09012	Visite de suivi oncologique	26,90

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

09152	Visite de contrôle	17,50
09161	Tournée des malades le week-end	24,70
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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 moëlle osseuse du donneur ou les ponctions pour autogreffe.

00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation.	48,30
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	27,50

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

R = 1

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^{ère} sortie de l'unité des soins intensifs.
Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	68,00
09098	chaque jour subséquent	68,00

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 (2*) . . .	43,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	14,00
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 (4*)	57,40

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**.

Externe

15209	Visite (3*)	20,00

Salle d'urgence

15210	Visite simple (1*)	32,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	10,00
15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire) (4*)	42,00

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**.

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 2
(2*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 4
(3*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5
(4*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
15213	Visite élaborée (1*)	79,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	10,00
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire) (5*)	89,00
<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.		
15216	Visite de réévaluation élaborée (3*)	53,00
15217	Visite de réévaluation simple (3*)	21,00
15218	Stabilisation (6*)	25,00
#	<u>AVIS :</u> Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section ACTES de la demande de paiement. <u>AVIS :</u> Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 9 - Majoration d'honoraires selon l'âge. Utiliser les codes d'acte suivants :	
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus (2*)	44,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	14,00
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (5*)	58,80
15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus (1*)	110,60
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	14,00
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (5*)	124,60
15228	Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus (3*)	74,20
15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus (3*)	29,40

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

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

15219	Visite (4*)	10,00

Domicile

15220	Visite (4*)	30,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 1
 (2*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 2
 (3*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 3
 (4*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 5
 (5*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 6
 (6*) Voir l'Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 7

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09149, 09165, 09281, 09286, 09175, 09170, 09283, 09288, 09209, 09212, 09285, 09290, 15080, 15090 et 15113, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09149	Visite principale	34,55
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (****)	16,00
----	Supplément de consultation	26,65
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	61,20
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	31,15
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**).	65,70
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	27,15
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***)	61,70
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	61,20

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.

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	15,00
09138	Visite prénatale	16,00
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément.	16,00

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	36,30
15109	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (****).	16,00
09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.
 (****) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	36,30
----	Supplément de consultation 21,40	
# 09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (****)	57,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 28,90	
# 09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**) (****)	65,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 22,40	
# 09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*) (****)	58,70
	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 28,90	
# 15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique (****)	65,20
	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1.	
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	57,70
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
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	105,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique (**)	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.	13,50
09156	Visite prénatale, grossesse normale	13,50
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet « Règles d'application ».	
15125	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9. (****)	

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.
(**) Voir la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.
(***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.
(****) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
(*****) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
(*****) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

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	16,50

AVIS : SOINS D'URGENCE*Voir la règle 14 du Préambule général.*

15126	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00

AVIS : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie,
Règle 9 (****).

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	75,00

AVIS : La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.

15087	visite subséquente	25,00
	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	75,00

AVIS : La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.

15089	visite subséquente	25,00

Externe

09175	Visite principale	25,90
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (****)	16,00
00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
----	Supplément de consultation 22,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	48,70
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 30,30	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (**)	56,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 23,80	
09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (***).	49,70

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.

(**) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.

(***) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.

(****) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

B - TARIFICATION DES VISITES
Spécialistes

		R = 1
# 15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique (*)	56,20
	NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1	
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	48,70
	<u>AVIS :</u> Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	105,00
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.	
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.	
09164	Visite de contrôle.	12,00
09166	Visite prénatale, grossesse normale	12,00
	<u>AVIS :</u> Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet « Règles d'application ».	
15127	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (**).	
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.	16,50
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
#	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (**).	
00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00

AVIS : (*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
(**) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

PÉDIATRIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 62,35	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	95,00
00082	Supplément de durée	59,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un nouveau-né 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 nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	92,50

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.

09194	Examen général	32,65

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

09129	Visite de contrôle	32,65
+ 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, par quart d'heure	32,65

+ 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.	73,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	73,00
----	Supplément de consultation 19,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,50
09094	Visite de transfert	37,40

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

15112	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	92,50

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.	20,41
+ 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, par quart d'heure.	25,45

+ 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	76,00

AVIS : *Voir la règle 3 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.*

00081	Soins du nouveau-né	49,50

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).	43,60

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	116,25
09096	chaque jour subséquent	54,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1. AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient		
09097	premier jour	68,00
09098	chaque jour subséquent	68,00
Surveillance à l'unité des soins intensifs (Réf. : Annexe 29; art. 4.8) Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel		
00010	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.	25,00
15114	Visite par un autre pédiatre pour patient ayant subi une greffe . . . 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.	57,00
Externe		
09162	Visite principale	25,45
----	Supplément de consultation 39,55	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	65,00
00083	Supplément de durée	26,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme. <u>AVIS :</u> 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.		
15115	Visite pour les soins d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	65,00
<u>AVIS :</u> 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.		
09196	Examen général	23,75
<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.		

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

09164	Visite de contrôle.	16,50
+ 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, par quart d'heure.	25,45
+	Maximum : 6 quarts d'heure, par séance	
#	<u>AVIS :</u> - 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	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).	84,60
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

Divers :

00079	Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examens non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes).	65,00

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09201	Visite principale.....	25,45
----	Supplément de consultation 39,55	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	65,00
00084	Supplément de durée.....	26,00

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 nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.....	65,00

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

09202	Visite de contrôle	16,50

# 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, par quart d'heure .	25,45

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;

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1****PHYSIATRIE****Cabinet privé :**

09127	Visite principale	51,70
----	Supplément de consultation 40,80	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	92,50
09137	Supplément de durée (*)	27,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	28,70

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

09150	Visite principale	65,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,40
----	Supplément de consultation 35,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,60

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*

09080	Supplément de durée (*)	10,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	44,40

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

09152	Visite de contrôle	23,70
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	31,60

AVIS : (*) 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	38,60
----	Supplément de consultation 31,10	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,70
09078	Supplément de durée (*)	16,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09164	Visite de contrôle	21,50
Salle d'urgence		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,60
<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) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
09147	Visite principale	26,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,10
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.		
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	97,90
09148	Visite de contrôle	13,70
Domicile :		
09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09201	Visite principale	38,60
----	Supplément de consultation 31,10	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,70
09088	Supplément de durée (*)	16,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	21,50

AVIS : (*) 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 50,85	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,10
09137	Supplément de durée (*)	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 38,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	89,35

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*

09080	Supplément de durée (*)	10,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09094	Visite de transfert	36,40

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

09152	Visite de contrôle	18,20
09161	Tournée des malades le week-end	24,25
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
	premier jour	99,50
09096	chaque jour subséquent	57,80

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	68,00
09098	chaque jour subséquent	68,00

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	80,25
	NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour aux soins intensifs.	

Externe

09162	Visite principale	32,60
----	Supplément de consultation 48,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,50
09078	Supplément de durée	16,05
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	

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

09164	Visite de contrôle	32,60
09154	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	15,00
	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 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)	83,50
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09201	Visite principale	32,60
----	Supplément de consultation 48,90	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	81,50
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	32,60
09155	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	15,00

NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.

ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE**RÈGLE 1.****THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE**

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend 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 1,57 \$ la minute, maximum 20,41 \$.

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, CONSULTATIONS ET THÉRAPIES**

4.1 Une visite peut être suivie d'une thérapie, le même jour, s'il s'agit d'un nouveau malade.

En pareil cas, on exige :

- Pour la visite, une entrevue de 15 minutes sans compter le temps de la thérapie.
- Pour la visite d'un malade dirigé en consultation, une entrevue de 30 minutes, sans compter le temps de la thérapie.

Un malade que le médecin psychiatre doit revoir en raison d'une rechute, est considéré comme un nouveau malade; il faut alors présenter des notes explicatives.

4.2 Pour la facturation d'une visite suivie d'une thérapie le même jour, on indique la durée totale de la prestation, en incluant la visite et la thérapie.

AVIS : *Inscrire la durée totale de la prestation dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, en incluant la durée de l'entrevue pour la visite et la durée de la thérapie.*

Inscrire le nombre total de quarts d'heure attribués à la thérapie seulement dans la case UNITÉS.

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.*

PSYCHIATRIE**Cabinet privé :**

08920	Visite principale	43,50
----	Supplément de consultation 59,80	
08921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,30
08780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	51,50
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 63,50	
08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	115,00
08781	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	51,50
	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 63,50	
08782	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	115,00
08922	Visite de contrôle	24,70

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	20,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
08840	patients de 65 ans et plus	20,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	24,60

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 08908 et 08915, voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

08970	Visite principale	50,90
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	50,90

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
----	Supplément de consultation 38,30	

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	60,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 34,70	

08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	95,00

08784	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	60,30

08785	Visite principale gériopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	60,30
	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 34,70	

08786	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00

08905	Visite de transfert	34,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

08972	Visite de contrôle.	17,60

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	20,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans.	20,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans.	20,00
08844	patients de 65 ans et plus	20,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 08974 et 08975, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90

08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Spécialistes
B - TARIFICATION DES VISITES
R = 1

08822	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade courte intervention, par minute.	1,57
08823	(maximum 20,41\$) longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	19,70
<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.		
08977	Électroconvulsothérapie (ECT)	35,00
08961	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	23,40
08918	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	93,00
08919	chaque jour subséquent	54,00
<u>AVIS :</u> - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs, - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i>		
09097	premier jour	68,00
09098	chaque jour subséquent	68,00
Externe		
08980	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 56,90	
08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 56,70	
08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30
	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70	
08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
08982	Visite de contrôle	17,60

AVIS : Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

08845	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08846	patients de moins de 12 ans	20,00
08847	patients de 12 ans à moins de 18 ans.	20,00
08849	patients de 18 ans à moins de 65 ans.	20,00
08849	patients de 65 ans et plus	20,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 08984 et 08985, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90

08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

08824	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade courte intervention, par minute (maximum 20,41\$)	1,57
08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	19,70

AVIS : Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.

08987	Électroconvulsothérapie (ECT).	35,00

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

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

08940	Visite principale	32,30
08947	Visite principale subséquente, par trimestre.	32,30

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	89,20
08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
08792	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30
08793	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus).	38,30
08794	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale géronto-psychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus).	95,00
08941	Visite de contrôle	17,60

Spécialistes
B - TARIFICATION DES VISITES
R = 1

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08850	patients de moins de 12 ans	20,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
08853	patients de 65 ans et plus	20,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 08820 et 08821, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

08836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08826	courte intervention, par minute (maximum 20,41\$)	1,57
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure).	19,70

AVIS : Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.

Domicile :

08945	Visite principale	30,00
08946	Visite de contrôle	11,00

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

08989	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 56,90	
08991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,20
08795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	38,30
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 56,70	
08914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	95,00
08796	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	38,30
	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 56,70	
08797	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	95,00
08990	Visite de contrôle	17,60
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08954	patients de moins de 12 ans	20,00
08955	patients de 12 ans à moins de 18 ans	20,00
08956	patients de 18 ans à moins de 65 ans	20,00
08957	patients de 65 ans et plus	20,00
08958	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	20,90
08959	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	20,90

AVIS : Pour facturer les codes d'acte 08958 et 08959, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

08960	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	20,90
08962	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	19,70

AVIS : Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.
Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08963	courte intervention, par minute	1,57
	(maximum 20,41 \$)	
08964	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	19,70

AVIS : Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.

RADIO-ONCOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	41,00
09131	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	41,00
----	Supplément de consultation 38,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
09129	Visite de contrôle	24,00
09133	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	24,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	48,00
09134	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	48,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	48,00
----	Supplément de consultation 34,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	82,00

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*

09080	Supplément de durée	10,00
	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.*

09094	Visite de transfert	34,00
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	34,00

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

09152	Visite de contrôle	18,15
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	18,15
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	24,20

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

09143	Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	24,20

Externe

09162	Visite principale.	30,50
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	30,50
----	Supplément de consultation 34,50	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
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.

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

09164	Visite de contrôle.	18,00
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	18,00

**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).	79,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

Centre hospitalier :

09168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un radio-oncologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.	30,00

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09201	Visite principale	30,50
09214	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	30,50
----	Supplément de consultation 34,50	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
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	18,00
09215	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	18,00

RHUMATOLOGIE

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

Cabinet privé

00030	Visite principale	49,15
----	Supplément de consultation 53,85	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	103,00
00032	Supplément de durée (*)	50,00
	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.	51,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,00
----	Supplément de consultation 28,00	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

00037	Supplément de durée (*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert	34,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

00039	Visite de contrôle.	19,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	25,33

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

Spécialistes
B - TARIFICATION DES VISITES
R = 1

00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
	premier jour	93,00
00054	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	68,00
09098	chaque jour subséquent	68,00

Externe

00042	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 28,70	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	61,35
00044	Supplément de durée (*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

00045	Visite de contrôle	20,50

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 (**)	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle (***)	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

AVIS : (*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.
(**) Voir la règle 5.5 du Préambule général.
(***) Voir la Règle d'application n° 27.

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

00063	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 28,70	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	61,35
00065	Supplément de durée (*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle	20,50

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

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	57,00
----	Supplément de consultation 47,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	104,00
09137	Supplément de durée (*)	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	23,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	61,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	61,00
----	Supplément de consultation 32,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,00

AVIS : *Voir la règle 6.3 du Préambule général.*

09080	Supplément de durée (*)	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	17,00
09161	Tournée des malades le week-end	22,67
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

Externe		
09162	Visite principale.	39,00
----	Supplément de consultation 32,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	71,00
09078	Supplément de durée.	15,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
<u>AVIS :</u> 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) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	20,00
<u>AVIS :</u> 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	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

00085 Évaluation en santé communautaire par heure. 104,00

L'évaluation en santé communautaire est effectuée sur demande écrite d'un établissement de santé ou d'un organisme ayant obtenu l'autorisation du directeur régional de santé publique. Selon la nature de la demande, l'évaluation comporte l'une et l'autre des activités suivantes : l'analyse du problème, l'établissement de recommandations, la coordination d'activités, l'évaluation d'activités ou de résultats.

L'évaluation en santé communautaire comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que le temps de rédaction de l'opinion écrite.

AVIS : Aux fins de la facturation, le professionnel dont le numéro de spécialité est **38**, doit inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 00085 **seul**, sur le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin »;
- le code d'acte sur une seule ligne et le nombre d'heure(s) dans la case UNITÉS;
- SANTÉ COMMUNAUTAIRE dans la case PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE;
- le code d'établissement dans la case appropriée.

Aucun modificateur n'est applicable.

Transmettre une attestation de l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique suite à la demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évaluation en santé communautaire est réalisée.

À défaut de se conformer à cet AVIS, le service sera refusé avec le message explicatif 916.

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

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

09201 Visite principale. 39,00
---- Supplément de consultation 32,00

09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 71,00

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1****UROLOGIE**

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	40,00
----	Supplément de consultation 11,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	51,30
09129	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	33,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	33,80
----	Supplément de consultation 17,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	50,80
09152	Visite de contrôle	13,50

AVIS : SOINS D'URGENCE

Voir la règle 14 du Préambule général.

Externe

09162	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 9,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	42,10
09164	Visite de contrôle	12,00

**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) (*)	39,25
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09171	Visite principale	30,00
09172	Visite de contrôle	11,00

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

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09201	Visite principale	32,30
----	Supplément de consultation 9,80	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*)	42,10
09202	Visite de contrôle	12,00

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

HORS DISCIPLINE

AVIS : Voir la règle 22 du Préambule général.

Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires de la sécurité du revenu (Réf. : article 22 u, du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

09128	Visite principale	30,00
09139	Visite de contrôle	15,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09158	Visite principale	25,00
09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	25,00
09159	Visite de contrôle	10,50

Externe

09177	Visite principale	25,00
09178	Visite de contrôle	10,50

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

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

09197	Visite principale	25,00
09298	Visite principale subséquente, par trimestre	25,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

09198	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

09179	Visite principale	30,00
09199	Visite de contrôle	11,00

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 services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne « Établissement » et le « Modificateur 033 ».

09210	Visite principale	25,00
09211	Visite de contrôle	10,50

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1****DIVERS**

09200	Constat de décès : rédaction de la déclaration de décès (formulaire SP3)	25,00

AVIS : Voir la règle 20 du Préambule général.

00080	Surveillance première demi-heure par quart d'heure additionnel	25,00 25,00

AVIS : Réf. : règle 9 du Préambule général.

Pour facturer des actes de surveillance codés 00080, fournir les renseignements suivants :

- des notes explicatives qui comprennent une description spécifique de l'évolution de l'état du patient justifiant la disponibilité immédiate du médecin ou tout autre document jugé pertinent (ex: dossier obstétrical, notes évolutives, etc.);
- l'inscription de l'heure de début et de fin de la surveillance;
- le code du diagnostic. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- la date de l'admission du patient, dans la case prévue à cette fin, lorsque ce dernier est admis;
- le nombre total des unités dans la case UNITÉS. Il faut compter une unité pour la première demi-heure et une unité par quart d'heure additionnel (voir 3.2.6 à la section 6 de l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »);
- la lettre « A » dans la case CS.

R = 1

09246	Surveillance pendant un transfert ambulancier inter-hospitalier	
	première demi-heure	50,00
	par quart d'heure additionnel	50,00

AVIS : Voir la règle 9.3 du Préambule général.
Inscrire dans la case UNITÉS le total des unités, correspondant au temps parcouru pour l'aller seulement, selon les instructions qui figurent sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » à la section 3.2.6.

Inscrire le code de l'établissement de départ dans la case ÉTABLISSEMENT et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de tout autre gare d'embarquement.

08925	Thérapie de communication	30,00
	Voir règle 7 du Préambule général	

AVIS : Voir la règle d'application n° 2.

**ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE
(LETTRE D'ENTENTE N° 6)**

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocations de ressources et rédaction du formulaire approprié.

Cet examen est constitué des éléments suivants :

- 1) Un questionnaire portant sur :
 - a) les antécédents familiaux du patient;
 - b) les antécédents personnels du patient;
 - c) la problématique présentée par le patient;
 - d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
 - e) une revue de la médication et des habitudes de vie;
 - f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles
 - yeux
 - système digestif
 - système cardio-vasculaire
 - système respiratoire
 - système génito-urinaire
 - système nerveux
 - appareil locomoteur
 - système endocrinien.
- 2) Un bilan sommaire des capacités fonctionnelles.
- 3) Une évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.
- 4) Un examen clinique des régions suivantes :
 - peau
 - phanères
 - ganglions
 - tête
 - cou
 - thorax
 - abdomen
 - organes génitaux (sauf contre-indication)
 - colonne et extrémités.
- 5) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.
- 6) Une recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.

	7) La rédaction, et son envoi à l'organisme concerné, du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur : - le bilan médical et le pronostic - le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire - les suggestions d'allocation de services.	
09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	100,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	30,00

**EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR
UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT
SEXUEL
(LETTRE D'ENTENTE N° 5)**

Au cabinet :		
00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	280,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	120,00
Dans un établissement :		
00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	230,00
00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	100,00
09069	pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans sur présentation de notes explicatives par demi-heure additionnelle, supplément	35,00

AVIS : Fournir des notes explicatives dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** et inscrire le nombre de demi-heure dans la case **UNITÉS**.

**EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE
(LETTRE D'ENTENTE N° 62)**

08854	examen clinique psychiatrique demandé par une ordonnance de cour en vue d'une cure fermée conformément aux dispositions de la Loi sur la protection du malade mental incluant la rédaction du rapport	150,00

**EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA
PROTECTION DE LA JEUNESSE
(LETTRE D'ENTENTE N° 64)**

09070	Au cabinet : prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	120,00

09071	Dans un établissement : prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	100,00

09073	Supplément : (cabinet ou établissement) 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)	35,00

AVIS : Fournir les notes explicatives dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.
Inscrire le nombre de demi-heure dans la case **UNITÉS**.

09077	Temps de la vacation à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, autre qu'à titre d'expert, par heure	100,00

AVIS : Inscrire les honoraires au prorata du temps de la vacation effectué à la Cour du Québec;
Fournir les informations suivantes dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** :
- l'heure du début et de fin de la période de vacation;
- la durée totale.

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU

1. Rapport médical du médecin traitant

Il s'agit du formulaire permettant de qualifier l'état physique ou mental d'un requérant au programme « Soutien financier », le tout tel qu'édicte par la Loi sur la sécurité du revenu et plus particulièrement son article 6.

09800	complètement du formulaire intitulé « Rapport médical du médecin traitant » prescrit par le Ministre.	20,00

AVIS : Si un examen du requérant doit être effectué afin de compléter le rapport médical du médecin traitant, la facturation de ce rapport et de l'examen déjà prévu à l'entente devra se faire **sur la même demande de paiement** selon la procédure habituelle pour ce type de service, en **inscrivant le modificateur 002** dans la case MOD en regard de l'examen demandé.

Le code d'acte 09800 et le code d'acte de l'examen accompagné par le modificateur 002 ne sont pas reconnus par la CSST. Il faut les facturer **sans** inscrire la lettre « S » dans la case C.S.

2. Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical du médecin traitant » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par le médecin du Comité multidisciplinaire régional chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la loi.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin traitant sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801	pour l'information fournie	20,00

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

09825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	25,00
09826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	25,00

ANNEXE 30
Entente auxiliaire concernant les services hospitaliers
physiatriques en réadaptation lourde

1. Patient hospitalisé

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le médecin traitant est un physiatre et où la réadaptation se fait par équipe interdisciplinaire (6 intervenants médicaux ou paramédicaux ou plus, dans des domaines différents pour des malades avec atteinte des fonctions supérieures et 5 intervenants pour les autres malades) auprès d'un malade traité pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

09084	Évaluation hebdomadaire par le physiatre traitant L'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires, sauf le P.I.I., avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier	68,50
09085	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) Planifications, rencontres interdisciplinaires, rencontres avec le malade, la famille, le cas échéant, et rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) comprenant : - La description de la déficience, de l'incapacité et du handicap - Le plan de traitement par objectif avec échéancier	171,40

2. Clinique externe

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le physiatre est le médecin responsable au sein d'une équipe interdisciplinaire et où il évalue des malades traités pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

09086	Évaluation médico-handicap Anamnèse, examen physique, discussions interdisciplinaires, rencontres de la personne-ressource accompagnante et rédaction d'un rapport qui comprend : - la description de la déficience, de l'incapacité, et du handicap - le plan de traitement de réadaptation	85,70

**ANNEXE 24
RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-
ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES
PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS
DU TRAVAIL**

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

+09926	rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission	14,00

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment .

- 1° la date de l'accident du travail;
- 2° le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
- 3° la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;
- 4° le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;
- 5° dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

+09927	rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission	17,50

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

09928 rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission 13,00

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

- A)** d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- B)** d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

- 1°** l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
 - 2°** l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
 - 3°** l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,
- Le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

+09930 rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission 18,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- . relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- . relation entre le diagnostic et les traitements;

R = 1

- . précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- . existence de limitations fonctionnelles;
- . existence d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation;
- . existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- . identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

+09929	rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission	55,00

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport :

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- . diagnostic et évolution;
- . antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- . conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- . examens subjectifs et objectifs;
- . examens paracliniques réalisés et prévus;
- . consultations réalisées et prévues;
- . traitements en cours et prévus;
- . possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- . possibilité de limitations fonctionnelles;
- . possibilité de retour au travail avant consolidation;

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

+09907	pour l'information verbale fournie	85,00

B) Considération en raison de la complexité :

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914		25,00
09915		50,00
09916		75,00

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908 pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin 75,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

+09909 rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé 110,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

	4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;	
	5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.	
09910	rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur	150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE**A) Médecin qui a charge**

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objets d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

+09944	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit.	305,00
+09901	supplément en toxicologie et pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou pour pathologies cérébrales organiques . .	75,00
+09984	supplément pour la psychiatrie	150,00

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1° évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

+09978	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit.	500,00
+09902	supplément en toxicologie et pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou pour pathologies cérébrales organiques	75,00
+09985	supplément pour la psychiatrie	150,00

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

	2^o évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie	
+09946	examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	550,00
+09980	supplément en toxicologie et pour certaines spécialités, neurologie, neurochirurgie ou pour pathologies cérébrales organiques	75,00
+09986	supplément pour la psychiatrie	150,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

+09947		55,00
09948		100,00
+09949		155,00

11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES**A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires**

Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur.

Les membres du comité posent un diagnostic, établissent la relation et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

+09934	production et transmission à la Commission du rapport, pour chaque médecin membre du comité	275,00
+09933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	75,00
+09935	le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de	75,00

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la Commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'édicte par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

Avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

+09976	a) pour tout dossier revu	75,00
+09979	b) pour tout nouveau dossier	130,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier

+09903		30,00
+09904		55,00
+09905		80,00

12. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE**A) Nature du rapport**

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

+09921	étude du dossier, du matériel anatomopathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission	350,00

13. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE**A) Avis écrit**

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1**

	4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;	
	5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,	
	le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.	
+09938	avis donné au vu du dossier, sauf le médecin psychiatre	310,00
+09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	525,00
+09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	420,00
+09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	675,00
+09977	supplément lorsque effectué en cabinet	100,00

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

- 1°** le diagnostic;
- 2°** la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3°** la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4°** l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5°** l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

+09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun, sauf le médecin psychiatre	425,00
+09906	le médecin psychiatre qui pratique à la préparation de l'avis commun	675,00
+09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de.	75,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le responsable médical du Bureau d'évaluation médicale en raison de la complexité.

+09981		160,00
+09982		210,00

14. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale ou une évaluation médicale visée à l'article 10 n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur.
(MOD=032)

15. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit, en cabinet privé, les tests audiologiques nécessaires à son rapport d'évaluation médicale, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests.

+09919	supplément pour la production des tests audiologiques	75,00

16. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la L.A.T.M.P..

+09970	rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	50,00

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL**A) Assignment temporaire**

Il s'agit du rapport médical complété par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assignation temporaire à un travail en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable. L'assignation temporaire peut être effectuée par l'employeur si le médecin qui a charge du travailleur croit que :

1° le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;

2° ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et

3° ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant de l'assignation temporaire.

+09971	rédaction, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission	50,00

B) Consultation verbale d'un médecin de la Commission en relation avec l'assignation temporaire d'un travail

Le médecin qui a charge du travailleur peut, s'il l'estime nécessaire pour compléter le rapport prévu au paragraphe A), communiquer verbalement avec un médecin de la Commission pour obtenir les renseignements nécessaires à la rédaction du formulaire.

+09972	consultation auprès d'un médecin de la Commission	50,00

18. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS**A) Nature du rapport**

Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

+09942	étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin.	200,00

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

09911		25,00
09912		50,00
09913		75,00

19. RAPPORT DE PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle au dos. Celles-ci comprennent notamment :

- . la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lombalgie;
- . la remise de la brochure d'information ou de la vidéocassette qu'il commente au besoin ;
- . la discussion avec le travailleur, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités de retour au travail, eu égard à sa condition.

Le médecin fixe également la date de sa prochaine consultation avec le travailleur.

09975	pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'information au travailleur et la transmission à la Commission, à la demande de celle-ci, de la fiche	50,00

INDEX

Page

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-7
Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques	C-9
Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant	C-11
Cardiologie	C-13
Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques	C-15
Intervention cardiologiques	C-17
Electrophysiologie	C-19
Cathétérisme veineux	C-21
Diabétothérapie	C-22
# Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)	C-23
Hémodialyse	C-23
Électroencéphalographie	C-24
Electromyographie	C-25
Épreuves de fonction respiratoire	C-29
Épreuves et études	C-29
Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérés	C-30
Examens vestibulaires (bilatéral)	C-30
Gastro-entérologie	C-31
Hémofiltration	C-34
Injections	C-35
Insufflation gazeuse	C-36
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx	C-37
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant	C-37
Neurochirurgie	C-38
Obstétrique-gynécologie	C-38
Ophtalmologie	C-39
Oxygénation extracorporelle	C-43
Pléthysmographie	C-44
Phoniatry	C-45
Photothérapie	C-45
Ponctions	C-45
Potentiels évoqués	C-47
Radiologie	C-48
Angioplastie transluminale per-cutanée non coronarienne	C-48
Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse	C-49
Crânienne et spinale	C-49
Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs	C-49
Cathétérismes veineux	C-50
Embolectomie	C-51
Extraction de corps étrangers	C-51

INDEX**Spécialistes**

Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux	C-51
Perfusion artérielle médicamenteuse	C-51
Interventions per-cutanées non vasculaires	C-51
Injection de substance de contraste	C-55
Radio-oncologie	C-56
Curiethérapie	C-57
Traitements de physiothérapie	C-61
Transplantation d'organes	C-61
Urologie	C-63

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Angiologie				
La présente section s'applique aux médecins spécialistes qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie percutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu, l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artérioveineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25%. (MOD=016)				
Angiographie veineuse :				
par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)				
veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)				
00129	bénéficiaire de 2 ans ou plus	22,00		4
+ 00233	bénéficiaire de moins de 2 ans	35,00		6
veine thoracique ou abdominale				
00133	bénéficiaire de 2 ans ou plus	41,00		4
00886	bénéficiaire de moins de 2 ans	61,00		4
par dissection veineuse :				
veine cave supérieure ou inférieure				
00135	bénéficiaire de 2 ans ou plus	55,00		4
00888	bénéficiaire de moins de 2 ans	85,80		4
sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine				
00141	bénéficiaire de 2 ans ou plus	75,00		4
----	(maximum de 187,50\$)			
00621	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50		4
----	(maximum de 281,25\$)			
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITES.				
Angiographie artérielle :				
par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)				
artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)				
00142	bénéficiaire de 2 ans ou plus	26,00		4
00408	bénéficiaire de moins de 2 ans	41,00		4

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00139	artère sous-clavière			
+00619	bénéficiaire de 2 ans ou plus	67,00		5
	bénéficiaire de moins de 2 ans	96,00		6
+00143	artère carotide ou vertébrale			
00409	bénéficiaire de 2 ans ou plus	65,00		6
	bénéficiaire de moins de 2 ans	97,50		5
	artère thoracique ou abdominale			
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)			
00130	bénéficiaire de 2 ans ou plus	55,00		4
+00883	bénéficiaire de moins de 2 ans	82,00		6
	aortographie translobaire			
00131	bénéficiaire de 2 ans ou plus	72,00		5
00884	bénéficiaire de moins de 2 ans	108,00		5
	par dissection artérielle :			
	aortographie non-sélective (y compris l'aorte ascendante)			
+00132	bénéficiaire de 2 ans ou plus	79,00		5
00885	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50		5
	artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coeliaque, mésentérique, bronchique)			
	ajouter à l'aortographie non-sélective			
00134	bénéficiaire de 2 ans ou plus	25,00		
----	(maximum de 100,00 \$)			
00887	bénéficiaire de moins de 2 ans	36,00		
----	(maximum de 144,00\$)			
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.				
	Coronarographie			
00294	bénéficiaire de 2 ans ou plus	126,00		5
00488	bénéficiaire de moins de 2 ans	189,00		5
	Angiocardiographie :			
	non sélective (par voie veineuse)			
00126	bénéficiaire de 2 ans ou plus	30,00		5
00219	bénéficiaire de moins de 2 ans	45,00		6
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire			
00102	bénéficiaire de 2 ans ou plus	79,00		5
----	(maximum de 158,00 \$)			
00191	bénéficiaire de moins de 2 ans	118,00		6
----	(maximum de 236,00 \$)			
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.				

Spécialistes

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires :			
+ 00224	avec coronarographie	236,00		5
00225	sans coronarographie	184,00		4
	Aphérèse			
	Erythrocytaphérèse			
00439	bénéficiaire de moins de 14 ans.	150,00		
00440	bénéficiaire de 14 ans ou plus	125,00		
	Leucaphérèse			
00434	bénéficiaire de moins de 14 ans.	150,00		
00433	bénéficiaire de 14 ans ou plus	125,00		
00406	Plaquetaphérèse	125,00		
	Aspiration			
00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	9,75	9,75	
00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	15,00	15,00	
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	11,70	13,80	4
	Audiométrie			
	Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie.			
	tonale			
00180	interprétation et technique de procédé	7,00	9,10	
	tonale et vocale			
00156	interprétation	4,40	4,40	
00747	interprétation et technique de procédé	17,20	23,40	
00164	Mesure des émissions oto-acoustiques, interprétation	2,80		
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes trans-tympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	102,10		6
00779	Évaluation auditive avec médicaments (glycérol).	4,60	17,20	
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non automatique), unilatérale ou bilatérale		5,40	
	Biopsie (unique ou multiple)			
	Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.			
+ 00165	anus	17,00	20,00	5
00166	aponévrose	39,00	45,00	4
+ 20021	artère temporale	75,00	75,00	5

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00167	bouche.	18,00	21,50	4
00168	bourse profonde	52,00	52,00	4
00169	bourse superficielle.	24,00	24,00	4
00782	par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthé- sie locale et la fluoroscopie.	35,50		
00173	conduit auditif externe.	16,10	19,30	4
---	conjonctive	(Voir oeil)		
00179	estomac (perorale)	17,00	17,00	4
+ 00181	foie (à l'aiguille, percutanée).	55,00	55,00	5
00183	gaine tendineuse.	39,00	45,00	4
+ 00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal)	31,70	31,70	5
+ 00175	de la synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	112,50	112,50	6
00185	gencives	11,70	13,80	4
+ 00187	glandes salivaires	25,80	31,20	5
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	50,00		4
00190	intestin grêle (perorale)	45,00	45,00	
00192	langue	18,00	21,50	4
----	larynx	(Voir laryngoscopie)		
00194	lèvre	11,70	13,80	4
00195	ligament.	35,00	41,00	4
+ 00308	masse cervicale (à l'aiguille).	28,50	28,50	5
	moelle osseuse :			
	aspiration seulement			
00234	bénéficiaire de 14 ans ou plus	18,00	18,00	4
00249	bénéficiaire de moins de 14 ans	29,20	29,20	4
00197	aspiration et interprétation		31,20	4
00199	Silverman (aiguille de...), technique seule- ment	13,00	16,00	4
+ 00202	muscle	100,00	100,00	5
+ 00220	nerf périphérique.	100,00	100,00	5
00203	nez	16,75	20,00	4
00204	nez : tumeur endonasale	23,10	27,40	4
----	orbite	(Voir oeil)		
00207	oreille moyenne	18,00	18,00	4
00273	osseuse à l'aiguille	44,40		4
	avec aspiration de moelle osseuse			
00281	bénéficiaire de 14 ans ou plus	62,30		4
00282	bénéficiaire de moins de 14 ans	73,60		4
	osseuse ouverte :			
----	os mineur	(Voir système musculo-squelettique)		
----	os majeur	(Voir système musculo-squelettique)		
00213	palais	18,00	21,50	4
----	paupières et sourcils	(Voir oeil)		
00215	peau et tissus sous-cutanés	14,00	14,00	4
+ 00221	pharynx	18,00	21,50	5
00222	plèvre : à l'aiguille.	150,00	150,00	4
00797	plèvre ou poumon ou les deux : au trépan pneumatique	165,00		4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00226	préscalénique	63,00	63,00	4
00227	prostate (à l'aiguille)	37,80	37,80	4
00223	rate (avec manométrie)	52,00	52,00	4
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	58,00	58,00	4
+ 00231	rectum	11,00	13,00	5
+ 00232	rein (à l'aiguille)	100,00	100,00	5
00798	sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	14,50	18,50	4
+ 00236	sinus	16,10	16,10	5
00238	tendon	35,00	41,00	4
	testicules :			
+ 00241	unilatérale ou bilatérale	41,90	50,50	5
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	55,90	66,60	4
00237	thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	28,00	28,00	
----	transtrachéale ou transbronchique	(Voir bronchoscopie)		
00244	urètre (sans endoscopie)	14,60	14,60	4
+ 00246	vaisseau superficiel	39,00	45,00	5

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

AVIS : En urologie, voir la Règle d'application n° 25.

	bloc facettaire sous contrôle scopique uni ou bilatéral		
00217	un niveau	38,00	38,00
	chaque niveau additionnel	19,00	19,00
	maximum	114,00	114,00

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.

NOTE : Une arthrographie ne peut être facturée lorsque effectuée dans la même séance qu'un bloc facettaire.

00255	blocage d'un nerf somatique majeur tel radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur, maximum de un par jour, par patient (PG-28).	20,00	20,00

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 1 sous l'onglet « Règles d'application ». Ce code d'acte ne peut être facturé pour une anesthésie locale, régionale ou loco-régionale

00722	bloc veineux	28,50	28,50
00257	caudal	35,90	35,90
+ 20022	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	20,00	20,00

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00250	épidurale cervicale	72,00	72,00	
00813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	20,00	20,00	
00297	épidurale thoracique ou lombaire.	40,00	40,00	
00814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément.	20,00	20,00	
00258	ganglion de Gasser.	55,90	55,90	
00792	ganglion impar (Walther).	35,00	35,00	
00259	ganglion sphéno-palatin	47,30	47,30	
00260	ganglion stellaire	33,00	33,00	
00261	nerf fémoro-cutané	23,00	23,00	
00262	nerf laryngé supérieur.	32,00	32,00	
00719	nerf obturateur.	32,00	32,00	
+ 00263	nerf phrénique.	27,00	27,00	
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	125,00	125,00	
00265	nerf sus-scapulaire	22,00	22,00	
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopha- ryngé.	37,60	37,60	
00267	paravertébral de nerf somatique (thoracique, lombaire ou cervical).	26,10	26,10	
+ 00223	cryothérapie, toute voie d'approche, toute technique, pour lésions musculo-squeleti- ques, un ou plusieurs sites à la même séance excluant les facettes	109,00		
AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA8. Blocage paravertébral sous l'onglet « Règles d'application ». Voir aussi la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement », concernant les UNITÉS.				
00266	bloc combiné du plexus lombo-sacré en une seule injection maximum un bloc par jour, par patient.	35,00	35,00	
	Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de con- trôle au cours de la même journée.			
00292	une racine.	109,00	131,00	
00293	deux racines ou plus	163,00	196,00	
	paravertébral d'une chaîne sympathique (tho- racique ou lombaire) :			
00268	unilatéral	26,00	26,00	
00269	plexus brachial	40,00	40,00	
00322	sinus carotidien	30,00	30,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	32,00	32,00	
00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	29,00	29,00	
	NOTE : Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence, les prestations ci-dessus sont majorées de 100% (MOD=052). Le MOD=052 ne peut être facturé avec les codes d'acte 00250, 00257, 00297 et 00722.			
	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, supplé- ment (PG-23)	150,00		
00724	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	150,00		1
09400	avec autofluorescence, supplément	100,00		1
09401	avec traitement photodynamique, supplé- ment	150,00		1
09366	avec bronchographie, supplément	100,00		1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	150,00		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, supplé- ment	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

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09344	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément.	30,00		
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complétés au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.</i>			
09351	Traitement des hémoptysies ou hémostase de tumeurs hémorragiques	150,00		10
09352	Cure de sténose trachéale inflammatoire.	300,00		12
09353	Résection palliative d'une tumeur maligne sténosante	350,00		12
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
00570	Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes) PG-23	61,00		
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple PG-23	131,00		5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement	39,00		4
00307	Cathétérisme de l'artère ombilicale. mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	84,00		4
Interventions cardiologiques				
L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque fait durant la même séance.				
00631	temps angioradiologique (*)	184,00		
00632	temps angioplastique	394,00		8
00662	temps angioradiologique et angioplastique (*)	499,00		8
09302	dilatation de chacune des artères additionnelles	110,00		
09303	par brachythérapie, athérectomie ou par utilisation de tuteurs intravasculaires ou les trois, une ou plusieurs brachythérapies, une ou plusieurs athérectomies, un ou plusieurs tuteurs, supplément	131,00		
00114	revascularisation transmyocardique au laser par voie transluminale percutanée : comprend l'insertion des cathéters, la création de micro-canaux intramyocardiques guidée par fluoroscopie, la cartographie cardiaque et l'analyse des tracés myocardiques endocavitaires, la coronarographie, l'angiocardographie sélective d'une cavité cardiaque et le cathétérisme cardiaque fait durant le même jour	499,00		8
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé le même jour avec les codes d'acte 02024, 00294, 00300, 00631, 00632 et 00662.				
09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (PG-23)	499,00		8
09361	dilatation additionnelle, supplément	110,00		

AVIS : (*) Voir la Règle d'application n° 19.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'un parapluie inséré par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme fait le même jour (PG-23)	525,00		12
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	158,00		10
+ 00597	Ponction péricardique (PG-28)	37,00	37,00	5
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments)	110,00		5
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour . .	17,00		
00422	Ballon intra-aortique installation	158,00		10
00424	surveillance, par jour, par patient (PG-23) . . .	53,00		
00446	exérèse percutanée (PG-23)	53,00		10
00457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	150,00		10
00489	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux lors de la même séance : une par séance (PG-28)	63,00	63,00	4
	Cathéter - électrode de stimulation intracardia- que permanent			
00251	bénéficiaire de 2 ans ou plus	126,00		5
00469	bénéficiaire de moins de 2 ans	189,00		4
	Mise en place d'un défibrillateur incluant le car- diostimulateur, la cardioversion et la réanima- tion par le chirurgien			
00460	toute voie d'approche	555,00		8
00461	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	50,00		1

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardio-respiratoire, état de choc, coma) incluant la visite, le maintien des fonctions vitales, le massage cardiaque et la ventilation et, le cas échéant, l'utilisation d'un défibrillateur, la dissection veineuse ou artérielle, la ponction artérielle, l'utilisation d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale, l'intubation endotrachéale, l'aspiration trachéo-bronchique, la mesure et l'interprétation des gaz sanguins, par médecin, quel que soit l'endroit.			
09403	premier quart d'heure	50,00		
09404	deuxième quart d'heure	50,00		
09405	chaque quart d'heure additionnel	25,00		

AVIS : Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS. Lorsque six unités et plus sont réclamées, fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET REN-SEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un « Document complémentaire » et inscrire la lettre « A » dans la case C.S..

Voir la règle 11 du préambule général et la Règle d'application no 6.

Électrophysiologie

NOTE : Un maximum de 800,00 \$ par patient est alloué par jour pour toute combinaison d'actes faite sous la rubrique « Électrophysiologie ».

00170	Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His) incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire (PG-23).....	142,00		4
00176	Stimulation programmée du cœur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23).....	419,00		6

AVIS : Voir la Règle d'application n° 19.

00248	ablation du noeud A/V, d'une ou de plusieurs voies accessoires, de flutter auriculaire, de réentrée intranodale et d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire originant du ventricule droit, supplément.....	105,00		4

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	200,00		5
	NOTE : Les actes codés 00248 et 00291 ne peuvent pas être facturés à la même séance.			
09422	avec mapping gauche, supplément.	105,00		4
00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément.	105,00		4
09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément.	200,00		4
	NOTE : Le service médical codé 09471 ne peut pas être facturé avec les services médicaux 09422 et 00323.			
	NOTE : Les services médicaux 00170 et 00176 ne peuvent pas être facturés à la même séance. Un maximum de 4 unités de base peut s'ajouter en supplément au tarif anesthésique de la stimulation programmée du coeur.			
00564	Test de la table basculante, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire	126,00		
	NOTE : la présence continue du médecin est nécessaire durant l'exécution du procédé.			
09345	Cartographie cardiaque per-opératoire incluant l'étude des tracés, la stimulation et/ou l'induction des arythmies et leur traitement médical, si nécessaire.	394,00		
00734	Chimiothérapie : intraveineuse (injection d'une ou plusieurs substances antinéoplasiques)	5,00	6,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00343	Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables initiation ou vérification du traitement, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	42,70	58,20	
00345	installation initiale de la pompe et du cathéter. Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.	100,00		
09316	perfusion continue d'insuline, par jour, incluant la surveillance et les visites, maximum de 5 jours par malade, par hospitalisation.	30,00		
<u>AVIS :</u> Indiquer la date d'entrée en établissement. 09313, 09316, 09370 pour la spécialité endocrinologie, voir la règle d'application n° 33.				
Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)				
+00332	Dialyses péritonéales : mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	29,00	29,00	5
+00493	installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant (PG-28).	200,00		5
00494	omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément.	100,00		
+00495	exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos (PG-28)	200,00		5
Hémodialyse				
00419	Installation de cathéters artériels et veineux . . .	170,00		5
00426	Révision ou réinstallation de cathéters : cathéter artériel ou veineux	58,00		5
+00427	cathéter artériel et veineux.	84,00		6
00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale, par voie transcutanée, tout site	32,50		4
00336	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : artérielle (périphérique)	32,00	32,00	4
00337	veineuse.	30,00	30,00	4
NOTE : Ne peut s'appliquer pour l'hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale par voie transcutanée, tout site.				

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE				
	1. La présente section s'applique au médecin spécialiste qui est détenteur d'un certificat en électroencéphalographie décerné par la Corporation professionnelle des médecins du Québec, au 27 février 1994 ou reconnu par elle aux fins de l'exercice. 2. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du malade. 3. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée. 4. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou l'autre des cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente.			
00347	Électroencéphalogramme de base (*) Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base : A l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :		47,00	
00735	Étude avec électrodes pharyngées		3,50	
00752	Électroencéphalogramme de sommeil (*)		30,00	
00889	Corticographie un médecin	300,00		
00890	deux médecins neurochirurgien	150,00		
00891	neurologue ou électroencéphalographiste agréé	150,00		

AVIS :

(*) Voir sous l'onglet « Règles d'application » le planonnement d'activités PA 3.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	150,00		
00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective	300,00		
	NOTE : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.			
00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	105,00		

ÉLECTROMYOGRAPHIE

+

1. La présente section s'applique au médecin qui détient un certificat de spécialiste en chirurgie générale, en neurochirurgie, en neurologie, en ORL ou en physiatry décerné par la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou reconnu par elle aux fins de l'exercice de cette discipline.

2. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après, jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et apparaît au tarif en regard de chacun des actes.

3. Le médecin doit être présent sur place pour effectuer ou guider la réalisation de ces examens.

4. L'électromyographie de base est une étude, par électrodes insérées dans plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal, tel qu'observé sur un oscilloscope et entendu sur un haut-parleur connexe au système d'enregistrement et souvent enregistré sur papier sensible ou photographie.

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
5. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué. Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique. On ne peut réclamer qu'une unité de conduction nerveuse motrice et qu'une unité de conduction nerveuse sensitive par nerf. On ne peut réclamer des unités de conduction supplémentaires pour les branches de division des nerfs des membres et de la face. Les études de conduction sensitive segmentaire du nerf médian et du nerf tibial postérieur constituent une exception; chacun des deux segments peut être considéré comme une unité de conduction distincte.			
6. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.			
7. L'étude détaillée de la transmission neuromusculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice, ces potentiels étant mesurés sur document photographique. Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Gastro-entérologie				
	Endoscopie gastro-entérologique :			
	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duo-			
	dénoscopie ou les trois :			
00691	Diagnostic (PG-23) (PG-28)	50,00	50,00	4
+ 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 varicielle endos-			
	copique ou coagulation de lésion hémor-			
	ragique ou de lésion vasculaire, une ou			
	plusieurs, supplément (PG-23)	35,00	35,00	1
00877	exérèse de corps étranger par oesopha-			
	goscopie rigide, supplément (PG-23)	91,40		
	NOTE : Ce service médical ne peut être			
	facturé avec le service médical			
	codé 00874.			
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage,			
	unique ou multiple, supplément (PG-23) . .	15,00	15,00	1
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour			
	traitement palliatif de tumeur maligne et/ou			
	villeuse, une ou plusieurs, supplément . . .	100,00	100,00	2
00390	avec gastrostomie percutanée, approche			
	transendoscopique, temps endoscopi-			
	que, supplément	35,00		1
00391	temps chirurgical effectué par un autre			
	médecin spécialiste	50,00		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimenta-			
	tion entérale, supplément	15,00		
00548	mise en place d'une prothèse endo-oeso-			
	phagienne, supplément	50,00		2
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie			
	flexible avec utilisation de produit colorant .	37,60		
09374	Cholédochoscopie transistule cutanée avec			
	ou sans extraction de calculs	115,00		4
+ 00692	Duodénoscopie avec canulation des voies			
	pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant,			
	l'oesophago-gastroscopie	130,00	130,00	6
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, sup-			
	plément	70,00		

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+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	200,00		5
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément	70,00		1
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.			
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	100,00	100,00	4
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	85,00	85,00	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28)	55,00	55,00	4
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	35,00	35,00	
+00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	35,00	35,00	5
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	40,00	40,00	
	chaque polype additionnel	10,00	10,00	
	Maximum dix (10) polypes excisés			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS.			
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	15,00	15,00	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	50,00	50,00	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	100,00	100,00	2
+20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	35,00	35,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation	15,00	15,00	4
00636	avec biopsie unique ou multiple	21,00	21,00	4
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie	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.			
	Oesophage			
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures . .	50,00	50,00	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	25,00		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	100,00		
00571	pH oesophagien pour reflux	21,00	21,00	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	18,30	18,30	
+ 00562	bougirage incluant la fluoroscopie	21,00	21,00	4
00563	cardio-myorrhexie	65,00	65,00	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore)	21,00	21,00	4
00574	supervision par jour	9,75	9,75	
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application no 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 »	75,00		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée	100,00		

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Cathétérisme sus-hépatique par voie transjugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	52,00		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	80,00		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	100,00		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	50,00		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I.C.G. (indocyanide green)	52,00		
00876	Shunt porto-cave intra-hépatique 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)	50,00		
	Hémofiltration			
	Hémofiltration artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf la première visite et l'insertion du cathéter			
09382	3 premiers jours, par patient, par jour	108,20		
09383	après 3 jours, par patient, par jour	43,30		
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1 ^{er} jour	150,00		
09427	2 ^e jour	75,00		
09428	3 ^e jour	75,00		
09429	par jour subséquent	35,00		

AVIS : Indiquer la date d'entrée en établissement.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
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)	132,00		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,50		
+ 09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	155,00	175,00	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	11,00	13,20	
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
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.	120,00	120,00	4
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial.	75,00	75,00	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée.	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	
<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	11,70	14,00	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatérale.	21,50		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) cavernographie	9,75	11,50	

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00466	hydrotubation gynécologique avec corti- sone 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 asso- cié.			
00443	hystérosalpingographie	26,00	29,00	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	20,00		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	20,00		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie) . .	109,00	109,00	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	35,00	41,00	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de tré- pan.			8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	52,00	52,00	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclé- rosante pour hémorroïdes	8,50	10,20	
	Injection de l'articulation temporo-mandibu- laire :			
00201	médication intra-articulaire incluant la subs- tance	10,80	10,80	
00228	médication sclérosante incluant la substance	50,00	50,00	
	Injection intra-abdominale (chimiothérapie)			
00470	la première injection	30,00	30,00	
00472	chacune des injections subséquentes à la même séance	15,00	15,00	
	Injection intrapleurale (chimiothérapie)			
00475	la première injection	50,00	50,00	
00476	chacune des injections subséquentes à la même séance	25,00	25,00	
00480	Injection intrathécale de médicaments (si injec- tion de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée) : (MOD=052)	15,00	15,00	4
00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfu- sion en situation d'urgence	35,00		
+00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percu- tané 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 . .	11,00	11,00	
	traitement de pneumothorax			
00615	ponction évacuatrice	22,00	22,00	
00616	aiguille et drainage continu	44,00	44,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx				
	avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale			
00519	directe (PG-23)	62,40		4
00511	à suspension (PG-23)	89,20		5
00512	au microscope (PG-23)	117,00		5
00471	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée	75,00		
Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant				
+00515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23)	105,00		7
00516	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	150,00		1
00878	avec cryothérapie ou électrocoagulation, supplément	150,00		1
00879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	150,00		4
00880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	150,00		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
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie			
00547	chaque quart d'heure additionnel, supplément	30,00		
<u>AVIS :</u> - Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES . - Inscrire le nombre de quarts d'heure complété au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS .				
00799	Trachéoscopie (PG-23)	62,40	74,20	4
	NOTE : Le service médical codé 0799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.			
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23)	98,00		5

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	9,75	11,50	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	15,00	15,00	
00523	Manipulations vertébrales	12,00	14,10	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	110,00	110,00	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	25,00		

NEUROCHIRURGIE

	Drainage			
00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) A8-1	140,00		
+ 00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	177,00		7
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps.	242,00		12
+ 00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	177,00		7
	Ponction sous-durale			
00664	unilatérale	36,00		
00665	bilatérale	58,90		
00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)	21,30	21,30	6
00668	Trépanation simple	98,10		8

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE
AVIS : Voir la Règle d'application no 4.

09300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance	72,00	72,00	
00109	Amnioscopie	22,50	22,50	
	Biopsie (unique ou multiple)			
	Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.			
00171	clitoris	36,00	36,00	4
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,50	9,00	4
00177	endomètre	22,50	22,50	4
00186	glande de Bartholin	14,60	17,30	4
00188	grande lèvre	14,60	17,30	4
00245	vagin ou vulve	22,50	27,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
09467	ovaire	150,00		4
00354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	90,00		4
+00817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	135,00		5
09329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	50,00	50,00	4
20017	Installation d'un dilateur ou d'un pessaire	30,00	30,00	4
	NOTE : Maximum 4 par année, par patient			
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	115,50	115,50	4
00490	Insémination artificielle	24,00	30,00	
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique	88,00		

OPHTALMOLOGIE**Oeil :**

(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)

	Bétathérapie			
00531	(premier traitement) unilatérale	18,00		
00532	(traitements subséquents) unilatérale	12,00		
	Biopsie (unique ou multiple)			
	Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.			
00174	conjonctive	20,00	23,00	4
00206	orbite	70,00	70,00	4
00214	paupières ou sourcils	18,00	22,00	4

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Champ visuel périphérique et/ou central avec enregistre- ment sur document permanent (une seule variable)			
00513	- Tangent et Goldman interprétation seulement	10,00	10,00	
00514	technique et interprétation	10,00	12,60	
	périphérique et/ou central avec enregistre- ment sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépietage, soit par techniques statiques ou cinétiques			
	- Tangent et Goldman			
	- Octopus 03, 07, 24, 36, 44, 62, 64			
	- Humphrey « screening tests » ou « fast threshold »			
	- Topcon : « screening tests », « supra test », 2-level, 3-level			
00612	un oeil interprétation seulement	12,00	12,00	
00613	technique et interprétation	12,00	14,70	
00623	deux yeux interprétation seulement	18,00	18,00	
00624	technique et interprétation	18,00	23,10	
	statique, stratégie du seuil complet de tous les points (minimum 50 points)			
	- Octopus G-1, 38, 42, M1			
	- Humphrey « full threshold » 10-1, 10-2, 24-1, 24-2, 30-1, 30-2, Topcon : threshold test			
00649	un oeil interprétation seulement	12,00	12,00	
00650	technique et interprétation	12,00	21,00	
00727	deux yeux interprétation seulement	20,00	20,00	
00728	technique et interprétation	20,00	36,75	
	NOTE : Lors d'une même séance, un seul type de champ visuel (périphérique, central ou statique) peut être facturé à chaque oeil.			
	NOTE : Le médecin ne peut pas facturer pour l'interprétation d'un champ visuel déjà interprété par un autre médecin ou par un optométriste.			

Spécialistes

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation).....	28,00	31,00	
00745	Electro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent).....	30,10	33,30	
00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie..	29,00	29,00	
00520	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de Vert d'Indocyanine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie.....	50,00	50,00	
00541	Examen complémentaire d'un demi-voyant (cet examen doit inclure les enregistrements de l'acuité visuelle à l'aide de boîtes d'aide visuelle de types microscopique et télémicroscopique).....	44,00	44,00	
00543	Gonioscopie(*).....	8,00	10,00	
	NOTE : Cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00576			
00576	Examen au verre de contact du fundus sous dilatation (excluant les lentilles sans contact de type VOLK, HRUBY, etc.) (*).....	8,00	10,00	
	NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543			
+ 00544	Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale.....	61,00	61,00	5
00546	Ophtalmodynamométrie (avec étude comparative de la pression moyenne de l'artère centrale de la rétine et de la pression moyenne de l'artère brachiale, inscrite au dossier).....	15,00	18,00	
00579	Bilan orthoptique : enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétéroptropie, d'amblyopie et du suivi postopératoire de strabisme.....	12,00	16,00	
	NOTE : La recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et PPC est incluse dans le tarif de la visite de même que la mesure des hétérophories.			

AVIS : (*) Voir le plafonnement d'activités PA 17
Ophtalmologie sous l'onglet « Règles
d'application ».

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obs- curité (adaptométrie).	18,00	22,00	
00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale.	18,00	22,00	
00553	Rétinophotographie.	12,00	14,00	
00643	Microscopie spéculaire Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de verté- porfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant.	150,00	400,00	
	NOTE : L'acte codé 00643 est payable uni- quement aux ophtalmologistes dési- gnés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière ou qui, au 1 ^{er} octobre 2004, avaient développé une compétence spécifi- que à cet égard.			
	<u>AVIS :</u> La présence d'un code du diagnostic dans la case appropriée est obliga- toire pour le paiement de cet acte.			
00577	étude endothéliale au microscope spécu- laire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents perman- ents.	8,00	10,00	
00819	Courbe de tension oculaire, incluant visites et tonométries répétées (minimum quatre).	50,00	50,00	
00859	Test de provocation de glaucome à la cham- bre noire (45 à 60 minutes).	7,00	11,00	
00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale.	12,00	15,00	
09336	Tests aux collyres : instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilo- carpine 1/8% ou 1%, ou d'hydroxyamphéta- mine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	10,00	12,00	
+00860	Funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions for- cées sous anesthésie générale, chez le patient de 16 ans ou moins, non suivies d'un acte chirurgical le même jour	125,00		6
+00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilaté- rale.	34,00	38,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgi- cal au même oeil.			
00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale.	18,00	22,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgi- cal, au même site.			

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbitaire, une ou plusieurs	50,00	60,00	4
00436	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée) dacryocystographie, unilatérale	17,00	17,00	4
00607	Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu) ponction transsclérale de la chambre antérieure, unilatérale	31,00	31,00	
	Oxygénation extracorporelle Ces tarifs incluent tous les services médicaux effectués par le pédiatre qui prend charge du patient.			
00803	1 ^{er} temps Évaluation et préparation pour l'ECMO (intervenant médical)	350,00		
00897	2 ^e temps Installation et mise en fonction du support extracorporel (intervenant médical)	400,00		
00898	3 ^e temps Maintien du support extracorporel par quart d'heure (intervenant médical)	25,00		
	<u>AVIS :</u> Indiquer le nombre de quarts d'heure dans la case UNITÉS et l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
00899	4 ^e temps Décanulation/cessation du support extracorporel (intervenant médical)	350,00		
+00295	Perfusion régionale mise en place d'un cathéter veineux central permanent par abord sous-clavier type Infusaid ou Port-a-Cath	192,50		6
+00296	exérèse de l'appareillage de perfusion continue	57,00		5

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Pléthysmographie			
Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance :			
étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs.			
09385	interprétation	10,00	
09386	technique et interprétation.	30,00	
Oculopléthysmographie (2 yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :			
09387	interprétation.	10,00	
09388	technique et interprétation	30,00	
Photopléthysmographie :			
Étude des flots avec enregistrement graphique :			
flots supra-orbitaires :			
09389	interprétation	10,00	
09390	technique et interprétation.	20,00	
flots digitaux, un ou plusieurs doigts :			
09391	interprétation	10,00	
09392	technique et interprétation.	20,00	
mesure du reflux veineux bilatéral :			
09393	interprétation	10,00	
09394	technique et interprétation.	20,00	
Pneumopléthysmographie segmentaire :			
Enregistrement du volume du pouls à au moins 4 niveaux des 2 membres supérieurs et/ou enregistrement du volume du pouls à au moins 6 niveaux des 2 membres inférieurs et interprétation du tracé au repos :			
09395	interprétation	10,00	
09396	technique et interprétation.	30,00	
à l'effort :			
09397	technique et interprétation.	30,00	
Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs doigts :			
mesure du débit sanguin digital au repos avec manoeuvre			
09398	interprétation	10,00	
09399	technique et interprétation.	40,00	
Capillaroscopie péri-unguéale, par séance :			
00353	technique et interprétation	30,00	
Pneumopléthysmographie pénienne			
Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques			
00137	interprétation	10,00	
00138	technique et interprétation.	40,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Phoniatry			
	Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie			
09341	Sonographie.....	16,75	28,00	
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal).....	32,30	43,00	
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre Procédé diagnostique et thérapeutique lors de la même séance.			
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure).....	27,70	34,40	
	<u>AVIS :</u> - Incrire dans la case UNITÉS le nombre de demi-heures. - Incrire l'heure de début et de fin de la session dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. - Pour la facturation de la rééducation de groupe, voir aussi la section 3.2.4.2 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».			
00467	Test d'insufflation pour laryngectomisé (test de Taub).....	26,90	34,40	
	Photothérapie			
00820	Traitement de photothérapie.....	4,30	16,50	
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application no.22			
	Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu)			
00582	abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques.....	9,75	9,75	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).....	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.			

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00253	Ponction articulaire ou de la bourse séreuse .	11,00	11,00	4
00235	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique	33,00	33,00	4
09402	recherche de cristaux (réservé aux rhumato- logues)	30,00	30,00	
00591	réinfusion d'ascite i.v.	24,00	24,00	
00592	ganglion, un ou plusieurs	12,10	13,75	
00594	kyste mammaire	16,00	19,00	
	lombaire			
00596	avec ou sans épreuve manométrique (PG-23) (PG-28)	36,00	36,00	4
	avec ou sans épreuve manométrique, avec injection intrathécale de médicaments			
00593	bénéficiaire de 14 ans ou plus	51,00	51,00	4
00595	bénéficiaire de moins de 14 ans	61,00	61,00	4
00599	supplément pour durée de 30 minutes ou plus	10,00	10,00	
00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie	130,00		
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise	35,00		
00598	périnéale et insufflation gazeuse	24,00	24,00	4
09418	pleurale (PG-28)	65,00	65,00	4
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
+ 00606	sternale : moelle osseuse (PG-28 pour pédia- tre seulement)	16,00	16,00	5
00751	veine fémorale ou jugulaire A8-1, (PG-23) . . .	15,00	15,00	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en néphrologie.			
00611	vessie (PG-23)	11,00	11,00	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00772	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie.....	75,00		
00482	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	57,00		4
	Embolectomie			
09446	Embolectomie par cathéter trans-cutané	260,00		8
	Extraction de corps étrangers			
09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intravasculaire (artériel ou veineux) .	260,00		8
	Installation d'une prothèse vasculaire ou filtre endoveineux			
09448	Installation d'une prothèse vasculaire ou d'un filtre endoveineux par cathétérisme transcutané, incluant les visites.....	175,00		8
09355	Fermeture transcutanée de faux anévrisme artériel par compression extrinsèque incluant, le cas échéant, les visites et la surveillance le même jour ainsi que le guidage échographique	150,00		4
	Perfusion artérielle médicamenteuse			
09445	Repositionnement sous fluoroscopie de cathéter de perfusion vasculaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant (ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres) maximum deux fois par 24 heures	40,00		
	NOTE : ce service n'est pas payable le jour de la mise en place du cathéter			
	INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES			
	Cryochirurgie pour lésions internes (excluant la peau) avec appareil dédié			
09497	temps radiologique	400,00		8
09498	temps chirurgical	440,00		8
09499	temps radiologique et chirurgical	600,00		8
	Thermochirurgie pour ablation de tumeur(s) (excluant la peau) avec appareil dédié			
09408	temps radiologique	400,00		8
09431	temps chirurgical	400,00		8
09359	temps radiologique et chirurgical	600,00		8

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Interventions hépato-biliaires			
00435	Cholangiographie transhépatique/transvésiculaire percutanée	52,00	52,00	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé par le chirurgien au cours d'une cholécystectomie.			
	Drainage percutané de voies biliaires			
09449	ponction/intubation percutanée des voies biliaires/vésicule (cholécystostomie percutanée) pour drainage externe seulement	125,00		4
09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires obstruées, incluant la surveillance quotidienne, les visites et la cholangiographie percutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, si accomplie	160,00		4
09451	dilatation percutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la scopie et la documentation radiographique de contrôle, supplément	100,00		
09452	mise en place d'un support endo-biliaire (endoprothèse biliaire)	160,00		
09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	80,00		
09454	Remplacement de cathéter	36,00		4
+09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	115,00		5
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction, l'acte radiologique ou échographique ainsi que la surveillance	230,00		4
	Interventions digestives			
+09456	Gastrostomie percutanée, incluant l'échographie ou la fluoroscopie	130,00		6
09457	Entérostomie percutanée (caecostomie) incluant l'échographie ou la fluoroscopie	130,00		4
	Interventions mammaires			
	NOTE : Maximum de 3 ponctions et/ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par patient, par jour.			
	NOTE : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie et le tarif de la mammographie préalable s'ajoutent.			
00847	Ponction de kyste mammaire avec aspiration sous contrôle échographique ou stéréotaxique incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction.	16,00	25,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00848	Ponction et/ou biopsie mammaire d'une masse palpable ou non palpable à l'aiguille fine (cyto-ponction) sous guidage échographique ou stéréotaxique incluant la mammographie de contrôle, le cas échéant	40,00	70,00	4
00849	Biopsie au trocart (« core biopsy ») d'une masse mammaire palpable ou non palpable avec prélèvement de carottes sous guidage échographique ou stéréotaxique incluant la mammographie de contrôle, le cas échéant .	110,00	150,00	4
00850	par site additionnel, supplément	55,00	95,00	
00851	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	25,00	50,00	
	Mise en place d'une broche-guide (harpon) avec appareil dédié (plaque de compression ou stéréotaxie) sous contrôle échographique si nécessaire, incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement			
	NOTE : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent			
00852	première broche, par sein	104,25	195,85	4
00853	broche additionnelle dans un même sein, supplément	50,00	125,00	
	NOTE : Maximum 3 broches par sein, par jour			
00855	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle	60,00		4
	NOTE : Maximum 1 par patient, par jour			
	Interventions urologiques ou endo-urologiques			
+09458	Néphrostomie percutanée, incluant les visites et l'injection de colorant	97,00		5
00854	mise en place d'un cathéter double J et/ou tube de drainage, supplément	50,00		
00416	Mise en place d'une endoprothèse et/ou dilatation urétérale par néphrostomie, incluant l'injection de substance de contraste et les visites	200,00		
	Interventions neuro-squelettiques			
	Blocs facettaires (voir : Blocages nerveux, page C-9)			
	Discographie :			
00438	1 niveau	102,00	102,00	4
00459	2 niveaux ou plus	122,00	138,00	4

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09460	Injection de stéroïdes avec discographie, supplément 1 niveau par niveau additionnel	30,00 20,00		
	AVIS : Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
00894	Myélographie	45,00	45,00	5
	Discoïdectomie percutanée			
09461	premier niveau	250,00		7
09462	2 niveaux ou plus	300,00		7
09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux), incluant contrôle échoscopique	100,00		
00895	Pneumo-encéphalographie	55,00	55,00	6
00896	Pneumomyélographie	55,00	55,00	6
00835	Vertébroplastie percutanée incluant la ponction percutanée, l'injection de substance de contraste, la tomodensitométrie ou la fluoroscopie, l'injection de ciment et les visites.	300,00		7
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
09464	thoracique	54,00	54,00	4
+ 09465	abdominale	45,00		5
09466	voies biliaires	100,00		4
00229	rate	39,00	39,00	4
+ 00252	rétropéritoine (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	100,00		6
09468	estomac	50,00		4
09469	intestin	50,00		4
	osseuse :			
00212	os	100,00		5
00247	vertèbre	98,00	98,00	4

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Infiltration ou ponction ou drainage (kyste, abcès ou autre collection liquidienne ou aérique ou dépôts) par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
#00418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant.	60,00	105,00	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	50,00	70,00	4
+00324	colonne ou paravertébral	100,00		6
00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	50,00	70,00	4
00299	kyste rénal	63,00	63,00	4
00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale .. insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse	100,00		4
09472	thoracique	120,00		5
00508	médiastinale	75,00		5
09473	abdominale	140,00		5
09474	pseudokyste pancréatique par voie transgastrique	100,00		
00491	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	35,00		4
	INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE			
	Cavernosographie :			
09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant la ponction directe, l'opacification et la prise de clichés, l'étude débimétrique avec ou sans injection de papaverine intracaverneuse).	90,00		
+00484	Néphrostographie, examen de vessie iléale. .	15,50	15,50	5
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09477	Injection intraveineuse ou intramusculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du colon	5,00	6,00	
00442	Galactographie	21,00	21,00	
00444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	16,00	16,00	
00462	Lymphographie incluant la dissection	36,00	36,00	4
09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	87,00		
01055	Opacification des sinus paranasaux	6,20	6,20	
09479	Phlébographie par ponction osseuse	87,00		
00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	15,00	15,00	
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			
00453	Splénoportographie aspiratrice et manométrie, incluant la prise de clichés	75,00	75,00	4

RADIO-ONCOLOGIE

L'article 8.1 du préambule général ne s'applique pas à la radio-oncologie et à la curiethérapie

AVIS : Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement. Vous devez utiliser le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée est essentielle.

08510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées	45,00		
08511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées	59,00		
08507	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément	15,00		
08508	45 minutes ou plus, supplément	45,00		
	NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.			
08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie, lésions non cutanées	79,00		
08509	plus de 45 minutes, supplément	21,00		
08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité . .	46,50		
08565	Fusion d'images	46,50		
08554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement	150,00		

Spécialistes
C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
08555	Irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement.	125,00		
08513	Traitement par isotopes métabolisés.	31,00		4
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radio-active liquide	31,00		4
+ 08515	Application de radio-isotope par plaque.	24,50		5
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	531,00		
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	425,00		
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	24,00		
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient	12,00		
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée)	21,30		
08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	35,00		4
08551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	106,00		6
08552	Radiothérapie de contact intracavitaire (vagin)	106,00		5
CURIETHÉRAPIE				
08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	40,00		
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodesitométrie	55,95		
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :			
08524	bronches	60,75		6
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente)	71,95		5
08528	corps utérin	60,95		5
+ 08541	vagin (cavité vaginale)	60,95		6
08544	voies biliaires	60,95		4
08556	oesophage	60,95		5
08557	cavité buccale (moulage)	42,95		5
08558	nasopharynx	60,95		5
08559	rectum	60,95		5
08560	anus	60,95		5
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :			
08523	anus	113,95		5
08525	cavité buccale excluant la langue	113,95		7
08526	cerveau	113,95		6
08529	ganglions	167,95		5
08530	hypopharynx	167,95		6
08531	langue, portion mobile	113,95		6
+ 08532	lèvres	87,95		5
08533	médiastin	167,95		6

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
08534	oropharynx, incluant la base de la langue. .	167,95		6
08535	peau	60,95		5
08536	pénis	113,95		4
08537	rectum	167,95		5
+ 08538	sein	60,95		6
08539	tissus conjonctifs après résection	113,95		4
+ 08540	tissus conjonctifs sans résection	219,95		5
08542	vagin (paroi vaginale).	113,95		4
08543	vessie	113,95		4
08561	prostate	167,95		5
	Curiethérapie haut débit, branchement et sur- veillance d'un traitement			
08562	implant interstitiel	60,95		
08563	implant endocavitaire	42,95		
	Insertion de substance radioactive :			
08545	temporaire.	47,95		4
08546	permanente	167,95		4
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	34,45		
08548	Retrait du matériel radioactif.	37,95		
+ 08549	Retrait du matériel d'implantation sous anes- thésie générale	77,95		6
08550	Retrait du matériel d'implantation	47,95		
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfri- gérant circulant	55,90	55,90	
	Rhinomanométrie			
00783	interprétation.	6,00		
00638	technique et interprétation		10,00	
00733	étude de la résistance nasale par pléthys- mographie corporelle	21,50		4
+ 00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale (*) . .	53,80		5
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique avec ou sans biopsie (*)	21,50	29,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre endos- copie des voies respiratoires supé- rieures et/ou digestives.			
	Sinus :			
00640	frontal, lavage initial unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	22,60	27,40	4
00633	frontal, lavage subséquent (un ou plusieurs au cours de la même séance)	16,80	19,90	4

AVIS :

(*) Voir le plafonnement d'activités PA18. Oto-rhino-
laryngologie sous l'onglet « Règles d'application ».

Spécialistes

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00641	maxillaire, lavage initial unilatéral (un ou plu- sieurs au cours de la même séance), inclus dans la méatoscopie, le cas échéant	18,00	21,50	4
00642	maxillaire, lavage subséquent (un ou plu- sieurs au cours de la même séance)	11,60	14,00	4
+ 00627	Méatoscopie, unilatérale ou bilatérale	26,90		5
	NOTE : La méatoscopie per-opératoire n'est pas payable.			
	Nettoyage de la cavité ethmoïdienne pendant le premier mois postopératoire, incluant la méa- toscopie			
00657	unilatéral	48,40		
00658	bilatéral	64,50		
00275	Thoracoscopie incluant, le cas échéant, biop- sie, section d'adhérences et drainage thoraci- que	77,00	77,00	4
00276	Drainage thoracique fermé par pleurotomie . . .	62,70		4
00277	pleurodèse, supplément	60,00		
	Thrombolyse lors d'un accident vasculaire céré- bral incluant la mise en marche et l'ensemble des soins pendant la thrombolyse mais excluant la première visite			
00447	premier quart d'heure	75,00		
00448	deuxième quart d'heure (*)	75,00		
00449	chaque quart d'heure additionnel (*) (**)	25,00		
	Traitement d'empyème			
00278	drainage par costectomie	140,00		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 (*)	260,00		12
# 09346	pour chaque patient additionnel traité simulta- nément (*)	76,00		
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (*)	43,00		
09347	pour chaque patient additionnel traité simulta- nément	11,00		

AVIS :

(*) Inscrire l'heure de début et de fin dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNE-
MENTS COMPLÉMENTAIRES.

(**) Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre
total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	surveillance : (le patient est dans la chambre et le médecin est à l'extérieur)			
00839	première heure	128,50		12
09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément	37,00		
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	21,50		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
09349	pour chaque patient additionnel traité simultanément	5,50		
	Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la chambre hyperbare, rendus par le médecin responsable d'une chambre hyperbare			
00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine	107,00		
00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié	160,00		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; Inscrire le code d'établissement; Inscrire le code d'acte 00832 ou 00833 dans la case ACTES et les honoraires correspondants; Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement. Pour l'acte 00833, se référer à la règle 14.5 du Préambule général pour la liste des jours considérés comme fériés.</i>			

Spécialistes

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Soins médicaux prodigués par un cardiologue à la suite d'une transplantation cardiaque, par jour, par patient: Honoraire global de visites incluant la thérapie immunosuppressive			
09350	1 ^{er} au 7 ^e jour (par jour)	158,00		
	Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :			
	Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents mais excluant l'hémodialyse			
00771	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	195,00		
00773	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	145,00		
00774	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	65,00		
00775	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	50,00		
00776	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global) . . .	1 350,00		

Urologie

NOTE : Le procédé diagnostique ou thérapeutique identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre acte diagnostique ou thérapeutique ou aucune autre chirurgie à la même séance. Seul l'honoraire d'une visite peut s'ajouter, s'il y a lieu.

00721	Réduction manuelle de paraphimosis sous anesthésie régionale (épidurale, caudale ou rachidienne) ou générale, toute technique « I »	74,60		4
+00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux « I »	74,60	74,60	5
00154	Mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	60,90	60,90	4
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie régionale ou générale « I »	64,80		4

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales				
	NOTE : Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations uréthro-rénales peut être facturé à la fois dans une même séance.			
+00325	Injection par cathétérisme vésical de substance médicamenteuse, unique ou multiple, dans le traitement de tumeurs vésicales ou de la cystite interstitielle, par jour.	32,40	32,40	5
+00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile « I »	37,30	37,30	5
+00320	Urétro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant, le cas échéant, l'injection de colorant, l'urétrotomie interne, l'ablation de calcul ou de corps étranger de l'urètre ou de la vessie, l'ablation de cathéter urétéral ou de sonde double J, la biopsie ou l'excision ou l'électrocoagulation de lésions urétrales ou vésicales ou les deux, la méatotomie urétérale pour sténose et la recherche de trajet fistuleux)	48,60	48,60	5
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale « I »	74,60		4
+00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien, toute technique	17,30	17,30	5
+00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)	205,00		5
B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales				
	NOTE : Un seul code d'acte de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations uréthro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance.			
+00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour	30,00	30,00	5
+00319	Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant : pour fins diagnostiques	81,00	81,00	5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+00372	pour fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J	124,00	124,00	5
00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale.	162,00		
+00374	Urétéroscopie ou urétérorénoscopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu	187,00		5
C) Urodynamie				
NOTE : Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.				
+00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale (par un urologue seulement) : technique ou interprétation ou les deux	32,40	32,40	5
09358	Mesure des pressions intrapyéliquiques ou urétéro-vésicales ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	21,60		4
+09357	Mesure des pressions intrapyéliquiques ou urétéro-vésicales ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	50,00		5
Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez l'enfant de moins de 16 ans) et la débimétrie, avec ou sans E.M.G.				
00375	technique et interprétation	55,90	55,90	4
00377	interprétation seulement	32,40	32,40	
00622	Enregistrement vidéofluoroscopique comprenant une étude urodynamique devant inclure : la cystométrie, l'étude pression-débit, l'enregistrement des pressions abdominales et de fuite à l'effort (ou profil urétral), avec ou sans électromyographie du plancher pelvien, technique et interprétation	189,00		
00647	Exsanguino-transfusion (chacune)	125,00		

AVIS : La présence d'un code du diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.

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-2
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
Valeur de l'unité.....	D-5
Anesthésie pour chirurgie dentaire et buccale.....	D-5
Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil.....	D-6
Anesthésie obstétricale	D-6
Anesthésie diagnostique et thérapeutique	D-7
Inhalothérapie	D-8
Soins spéciaux.....	D-9
Cathétérisme veineux	D-9
Soins de ventilation	D-10
Coeur-poumon artificiel	D-11
# Transplantations.....	D-12
Divers	D-12
Tableau de correspondance des unités de durée.....	D-13

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.

RÈGLE 3.**MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE**

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

		R = 1	R = 2
ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE			
00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) : par visite	7,00	
	maximum par jour	28,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.		
00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	70,00	
	Épidurale continue pour soulager la douleur : pour les premières 48 heures		
00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les visites, la surveillance et les injections	150,00	
	après 48 heures		
00935	réinjections et/ou visites, par jour, par patient	28,00	
00952	Épidurale différentielle incluant les visites, les injections et la surveillance	150,00	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Ce test a une durée moyenne de trois heures. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour. Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		
	Douleur aiguë ou douleur chronique : prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
+ 41001	1 ^{er} jour		5
+ 41002	par jour subséquent		2
+ 41003	injection unique de narcotique par voie rachidienne ou épidurale, incluant les visites effectuées dans les premières 48 heures, le cas échéant		4
+	NOTE : Les actes codés 41001, 41002 et 41003 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 41004 et 41005 le même jour.		
#	<u>AVIS :</u> Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.		

D - ANESTHÉSIOLOGIE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
+ 41004	1 ^{er} jour		3
+ 41005	par jour subséquent		1
	NOTE : Les actes codés 41004 et 41005 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 41001, 41002 et 41003 le même jour.		
#	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>		
+ 41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastomérique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections . .		6
+	NOTE : L'acte codé 41006 ne peut pas être facturé avec les actes codés 41001, 41002, 41003, 41004 et 41005 le même jour.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT</i>		
01901	Tests à la phentolamine, à la lidocaïne et/ou à la kétamine pour douleur chronique	50,00	
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique et/ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.		
	Les services médicaux 00952 et 01901 ne peuvent être facturés le même jour pour le même patient.		
	INHALOTHÉRAPIE		
00917	Visite de contrôle	6,00	
	Maximum par jour	24,00	
	<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.</i>		
	NOTE : Ne peut pas être facturé par un médecin classé en anesthésiologie, en pédiatrie ou en pneumologie. De plus, la visite de contrôle en anesthésiologie (09135), en pédiatrie (09152) ou en pneumologie (09152) ne peut pas être facturée à la place de ce service médical codé 00917.		

		R = 1	R = 2
00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'appliquant si l'apgar à une minute est de 5 et moins		5
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'apgar dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.</i>		
SOINS SPÉCIAUX			
Cathétérisme veineux			
	NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.		
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code d'acte correspondant au supplément A8-1 concerné.</i>		
	<i>Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.</i>		
00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant.	140,00	
00987	supplément A8-1		9
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00902	patient de moins de 16 ans	95,00	4*
00993	supplément A8-1		5
00903	patient de 16 ans ou plus	70,00	4*
00994	supplément A8-1		3
00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	90,00	4*
00995	supplément (A8-1) (PG-23)		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	200,00	
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	25,00	
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	125,00	

D - ANESTHÉSIOLOGIE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant.	115,00	7
00996	supplément A8-1		
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	82,50	

SOINS DE VENTILATION**Niveau I**

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v.g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)		1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00927	Contrôle subséquent, par visite	11,65	
	maximum par jour	46,60	
	NOTE : Cette visite de contrôle ne peut être jumelée le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie.		

AVIS : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITES.

		R = 1	R = 2
	Niveau II Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste, incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux hallogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle		
00990	Installation de l'équipement de ventilation, (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement) NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		4*
00991	Contrôle subséquent, par visite maximum par jour.	11,65 69,90	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.		
+00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un bronchoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1		10
00940	Intubation endo-bronchique avec un tube à double lumière en utilisant le bronchoscope flexible A8-1		8
	<u>AVIS :</u> Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (Réf. : article 6 de l'Annexe 29).		
00900	Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient	48,00	
	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 (MOD=036).		18*
	<u>AVIS :</u> 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.		

D - ANESTHÉSIOLOGIE**Spécialistes****R = 1 R = 2****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'examens faits au cours de la même anesthésie	7*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	10*
	anesthésie pour examen ophtalmologique :	
00955	sans intubation	5*
00956	avec intubation	5*
00976	anesthésie pour examen sous anesthésie générale ...	4*
00977	anesthésie pour circulation assistée.	8*
00978	anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire	8*
00979	anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire.	7*
00983	anesthésie pour télécobalthérapie.	4*
00985	Monitoring d'un fœtus de 24 semaines ou plus lors d'une chirurgie, autre que l'accouchement ou la césarienne, supplément	1
01902	Sevrage ultra-rapide aux opioïdes sous anesthésie générale.	10*

AVIS : *Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.*

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 80 \$ de l'heure. Pour demander le tarif de l'assistance chirurgicale, comptabiliser le temps en quarts d'heure (20 \$) 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 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. En dehors de la durée anesthésiologique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

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	800,00	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 000,00	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	1 505,00	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 720,00	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 150,00	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	2 795,00	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.

INDEX

	<i>Page</i>
PEAU-PHANÈRES, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES	F-2
# Abscès, hématome ou sérome, unique ou multiple	F-2
Tumeur bénigne ou précancéreuse	F-3
Tumeurs cancéreuses	F-4
# Exérèse de corps étrangers	F-5
Cryochirurgie	F-5
# Lipectomie fonctionnelle	F-5
# Onyctomie	F-5
# Sinus pilonidal	F-5
Verrue	F-6
# Cautérisation	F-7
Réparation de plaies	F-8
Brûlures	F-10
Grefe capillaire	F-11
Greffes cutanées ou greffes cultivées	F-11
Greffes par glissement, rotation ou transposition	F-11
Grefe pédiculée (à distance)	F-12
Grefe libre	F-12
Dermabrasion : Sablage	F-13
# Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales	F-13
Seins	F-14
Glandes sudoripares avec ou sans greffe par glissement	F-16
Fistule cutanée	F-16
Chirurgie plastique	F-16

R = 1 R = 2

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes d'acte suivants : 01338, 01395, 01401, 01402, 01419, 01460, 01463, 01464, 01465, 01010, 01012, 01021, 01386, 01388, 01407 et 01410 et elle est également requise pour les codes d'acte suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 01405, 01406, 01416 et 01417

NOTE : Pour les actes codés 01434 et 01435, l'autorisation de la Régie est requise seulement dans les cas d'asymétrie mammaire.

NOTE : L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

ABCÈS, HÉMATOME OU SÉROME, UNIQUE OU MULTIPLE, incluant le drainage, le cas échéant

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01013	sous-cutané, panaris ou fenestration d'un ongle	28,00	
01014	périanal	42,00	
01015	palmaire ou digital	100,00	
01016	intramusculaire	119,00	
	sous anesthésie régionale ou générale		
+01017	sous-cutané (PG-28)	90,00	5
+01018	périanal (PG-23)	102,00	5
+01019	palmaire ou digital (PG-28)	90,00	5
+01020	intramusculaire (PG-28)	102,00	5

Excision conventionnelle, au Laser ou par cryochirurgie

NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation.
Ne peut être utilisé pour la cryothérapie

TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

(biopsies comprises) :
(Naevi, angiomes, lipomes, etc. sauf les kystes sébacés, les angiomes-plans à la face ou au cou antérieur traités au laser et les verrues).

Face, cou et organes génitaux

	sans anesthésie ou avec anesthésie locale		
01101	sans suture (**)	14,00	
	avec suture		
01102	2 cm ou moins (*)	14,00	
01103	2 cm à 5 cm (*)	30,00	
01104	plus de 5 cm (*)	99,00	
	sous anesthésie régionale ou générale		
	avec suture		
+01105	2 cm ou moins (PG-28) (*)	30,00	5
+01106	2 cm à 5 cm (PG-28) (*)	60,00	5
+01107	plus de 5 cm (*)	102,00	5

Autre région

	sans anesthésie ou avec anesthésie locale		
	sans suture		
01108	5 cm ou moins (**)	12,30	
01109	plus de 5 cm (*)	36,00	
	avec suture		
01121	5 cm ou moins (*)	24,00	
01122	plus de 5 cm (*)	39,60	
	sous anesthésie régionale ou générale		
+01123	5 cm ou moins (PG-28) (*)	80,00	5
+01124	plus de 5 cm (PG-28) (*)	112,20	5

NOTE : Maximum de 4 lésions rémunérables par séance.

AVIS : Indiquer le nombre de tumeurs dans la case UNITÉS, sauf pour les codes d'acte 01101 et 01108.
Voir la section 3.2.6 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » concernant les unités

AVIS : (*) La lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque la lésion est de forme rectangulaire; inscrire le nombre de centimètres du côté le plus long du rectangle dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
(**) Voir la règle d'application n° 32.

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
01126	Lipomatose diffuse ou neurofibromatose Exérèse de 5 lésions ou plus	C.S.	4
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
+01169	Kystes sébacés : face, cuir chevelu, cou (PG-28)	16,50	5
01172	autres localisations	28,00	4
	NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une ligne par lésion.		
	Traitement des angiomes-plans à la face ou au cou antérieur, par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié		
01110	sous anesthésie : par cm carré (PG-28) maximum par séance	20,00 200,00	4
01112	sans anesthésie : par cm carré maximum par séance	10,00 50,00	
	NOTES : 1. si le patient a plus de 21 ans, la superficie doit être de 6 cm carrés ou plus et une autorisation préalable de la Régie est nécessaire. 2. ce tarif est payable en établissement seulement.		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.		
	Pour un patient de plus de 21 ans, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
	Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
	TUMEURS CANCÉREUSES		
	(biopsies comprises) par excision chirurgicale		
	Face, cou et organes génitaux		
01131	sous anesthésie locale	85,00	
+01132	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	100,00	6

Spécialistes F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

		R = 1	R = 2
	Autre région		
01133	sous anesthésie locale	42,00	
+01134	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	102,00	6
	excision de lésion cancéreuse de la peau en plusieurs temps, selon la technique de Tromovitch		
+01199	ensemble des temps (PG-28)	195,00	6
	EXÉRÈSE DE CORPS ÉTRANGERS		
+ 01196	simple (PG-28)	28,00	4
+01197	compliquée	C.S.	6
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
	CRYOCHIRURGIE		
	Tumeurs cancéreuses de la peau (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	50,00	5
01144	autre région	25,00	4
	LIPECTOMIE FONCTIONNELLE		
	<u>AVIS :</u> 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.	400,00	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	195,00	4
01021	membre inférieur	350,00	4
	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	24,00	4
+01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire	119,00	5
	SINUS PILONIDAL		
	(kyste sacro-coccygien):		
+01217	excision simple	180,00	5
+01220	excision et plastie	185,00	5
+01221	marsupialisation	180,00	5

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
VERRUE			
01222	Excision chirurgicale :		
	non faciale :		
	première.	8,25	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . . . maximum 15 verrues additionnelles	2,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITES.			
01223	faciale :		
	première.	12,50	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . . . maximum 9 verrues additionnelles	3,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITES.			
+01225	plantaire :		
	première.	16,50	5
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . . . maximum de 10 verrues additionnelles par séance	4,60	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITES.			
01227	en mosaïque (excision totale) par séance	50,00	5
01224	excision totale et plastie	102,00	5

NOTES : **1.** Si fait au Laser, le tarif est majoré de 100%.
(MOD=056)
2. Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.

Cautérisation

Cryo ou chimiocautérisation - voir cryothérapie et chimiothérapie, à la Section procédés diagnostiques et thérapeutiques.

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, ou
- d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière ou une narine si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou
- d'un cancer morpheïforme ou infiltrant

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.

01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	450,00	18

R = 1 R = 2

RÉPARATION DE PLAIES (débridement compris)**Lacérations simples :**

face et cou :

Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
+01320	moins de 1 cm (PG-28)	19,50
	par cm additionnel (*)	9,00
	valeur maximum	200,00

5

autres localisations :

pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.		
+01323	moins de 1 cm (PG-28)	12,50
	par cm additionnel (*)	3,50
	valeur maximum	105,00

5

Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)

+01316	1 ^{er} centimètre	53,80
	par centimètre additionnel	9,70

5

AVIS : Le service médical codé 01316 doit être facturé seul. Si une ou plusieurs chirurgies sont effectuées au cours d'une même séance opératoire, utiliser le code 01317.

au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément		
01317	1 ^{er} centimètre	16,10
	par centimètre additionnel (*)	3,25

AVIS : Le service médical codé 01317 est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code d'acte 01316.

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.

		R = 1	R = 2
Lacérations compliquées :			
NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération. À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.			
01322	face et cou : moins de 2,5 cm (PG-28) par 2,5 cm additionnels maximum payable pour l'ensemble des plaies	53,80 32,30 538,30	5
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case appropriée. Exemple : 2,5 cm = 1 unité. Joindre le compte rendu opératoire.			
01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (PG-28) . .	C.S.	5
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général. débridement isolé de plaie : NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaie lorsqu'elles sont faites en même temps.			
+01327	chaque unité de 1 cm (PG-28). valeur maximum	3,40 61,00	5
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.			
+01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	C.S.	6
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			

		R = 1	R = 2
+	BRÛLURES		
	débridement isolé de brûlures moins de 10% de la surface corporelle Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé		
01345	entre 10% et 30% de la surface corporelle, par cm. . . .	0,50	8
	valeur maximum	125,00	
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.		
01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux	420,00	8
01333	étendues	C.S.	8
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant	600,00	8
	<u>AVIS :</u> Joindre le compte rendu opératoire		
	Escharotomie de décompression chez les brûlés		
+01346	tronc (PG-28)	100,00	5
+01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28)	100,00	5
01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	100,00	4
	NOTES : 1. Les services médicaux codés 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les services médicaux codés 01345, 01339 et 01333.		
	2. Si une ou des fasciotomies sont nécessaires, à la même séance et sur le même segment de membre, qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.		
01334	changement de pansements sous anesthésie générale incluant le débridement	120,00	7
01321	injections multiples de Kénalog sous anesthésie générale, par quart d'heure	40,00	6
	<u>AVIS :</u> Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.		

		R = 1	R = 2
+	GREFFE CAPILLAIRE		
01338	par greffon	5,00	4
	maximum par séance	350,00	
	AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de greffons dans la case UNITÉS. Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire.		
+	GREFFES CUTANÉES OU GREFFES CULTIVÉES		
	A moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.		
01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	70,00	4
+01360	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraf) première application	100,00	5
01361	application additionnelle ou subséquente	25,00	4
	AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'applications dans la case UNITÉS.		
+	GREFFES PAR GLISSEMENT, ROTATION OU TRANSPOSITION		
	Lambeau		
+01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	165,00	5
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	120,00	4
+01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	210,00	5
	NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.		
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28) .	440,00	6
01353	Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse sans microchirurgie	662,00	6
----	avec microchirurgie	(Voir sous greffe libre)	
	sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :		
01368	en un temps (PG-28)	210,00	5
+01369	en deux temps	200,00	6
01336	gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28)	672,00	8

		R = 1	R = 2
+	GREFFE PÉDICULÉE (À DISTANCE)		
	stage majeur :		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	175,00	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	225,00	7
	stage secondaire :		
+01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	125,00	6
+01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	100,00	5
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	52,00	4
+	GREFFE LIBRE		
+01362	bout du doigt (PG-28)	100,00	6
+01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	150,00	6
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services	1 935,00	18
	tête et cou :		
+01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	200,00	6
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	300,00	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28)	350,00	6
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	195,00	5
01356	cavité nasale (PG-28)	194,00	4
+01357	cavité buccale	290,00	5
01358	sous une greffe pédiculée	135,00	4
+01359	cavité osseuse importante	225,00	5
	autres régions :		
+01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	100,00	5
+01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	180,00	5
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	350,00	4
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	4,00	
	maximum par séance	600,00	
	<u>AVIS :</u> Le chiffre inscrit dans la case UNITÉS doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm excédant 600 cm plus 1.		
01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil (PG-28)	350,00	8
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, inter-costal	800,00	15
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	690,00	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant prise du gref-fon pédicule vasculaire, un ou plusieurs	1 500,00	18
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 500,00	18
01427	cutané, supplément	110,00	
01428	musculaire, supplément	110,00	
01429	osseux, supplément	110,00	

Spécialistes F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

		R = 1	R = 2
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	165,00	
01431	nerveuse, supplément	110,00	
01387	Lambeau jambes croisée	400,00	8
+01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	145,00	7
+01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	125,00	6
<u>AVIS :</u> Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code 01395 est facturé.			
01396	Greffe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépiphysiodèse, supplément	77,00	
DERMABRASION : SABLAGE			
<u>AVIS :</u> Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01310, 01311 et 01312 sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.			
	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :		
+01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	150,00	6
+01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	100,00	6
01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	75,00	4
+ CORRECTION CHIRURGICALE OU AU LASER DE CICATRICES POST-TRAUMATIQUES OU CHIRURGICALES			
<u>AVIS :</u> Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01405, 01406, 01416 et 01417 sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.			
	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :		
+01405	moins de 4 cm (PG-28)	70,00	5
+01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	100,00	5
+01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	150,00	6
01417	de 21 cm et plus (PG-28)	200,00	4

		R = 1	R = 2
SEINS			
<i>Incision</i>			
+01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes	90,00	6
<i>Excision</i>			
+01201	Biopsie ouverte unique ou multiple, par la même incision pour lésion bénigne ou maligne du sein	130,15	6
+01202	Biopsie excisionnelle stéréotaxique du sein comprenant toute la procédure technique	170,00	6
+01205	Tumorectomie ou mastectomie partielle pour lésion bénigne ou maligne	190,00	6
01228	avec évidement radical de l'aisselle pour lésion maligne	420,00	5
01230	Mastectomie simple ou totale	350,00	5
+01233	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie unilatérale	230,00	6
01234	bilatérale	345,00	5
NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.			
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code d'acte 01233 ou 01234 est facturé.</i>			
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	480,00	6
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	576,00	8
01176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse (PG-28).	120,00	4
NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique.			
+01235	Excision du mamelon	52,00	5

Réparation

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465 sont facturés. Il en va de même pour les codes 01434 et 01435 dans les cas d'asymétrie mammaire.*

Lorsque le code 01435 est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, indiquer le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 01386, 01388, 01401, 01402, 01403, 01407, 01410, 01419, 01434, 01463, 01464, 01465, lambeaux ou autres greffes. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale. . .	280,00	6
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	1 045,00	10
01407	Reconstruction mammaire par lambeau de grand dorsal sans implant	850,00	10
01410	avec implant	950,00	10
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	192,50	
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole		
01386	par greffe (PG-28)	210,00	4
+ 01388	par tatouage (PG-28)	210,00	5
01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	105,00	

AVIS : *Toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 01386 et 01388. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	Réduction mammaire (avec transposition ou greffe de l'aréole)		
01434	unilatérale	341,00	6
01435	bilatérale (PG-28)	505,00	6
	<u>AVIS :</u> La réduction de moins de 250 grammes par sein n'est pas un service assuré.		
01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein.	55,00	
01465	Mastopexie	325,00	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28).	35,00	4
+01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	140,00	5
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28)	250,00	4
	GLANDES SUDORIPARES AVEC OU SANS GREFFE PAR GLISSEMENT		
	Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée		
+01432	sans greffe (PG-28)	125,00	5
01433	avec greffe	150,00	4
	FISTULE CUTANÉE		
+01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique.	90,00	5
+01415	Profonde sous-aponévrotique.	120,00	5
	CHIRURGIE PLASTIQUE		
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire lorsque les codes d'acte 01460, 01463 et 01464 sont réclamés.		
	Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :		
	<u>AVIS :</u> Tous les codes d'acte de cette rubrique sont des codes d'acte négociés C.S. au tarif (voir la règle 16 du préambule général). Les honoraires inscrits pour ces actes ne le sont qu'à titre de référence.		
+01451	Intervention très mineure (PG-28)	35,00	5
+01452	Intervention mineure (PG-28)	100,00	6
+01453	Intervention moyenne (PG-28)	129,00	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

CRÂNE ET FACE*Arthroplastie*

02339	temporo-mandibulaire unilatérale	452,00	6

Biopsie

+ 09550	ouverte (unique ou multiple) (PG-28)	155,00	6

Manipulation sous anesthésie générale

+ 02862	temporo-mandibulaire	21,00	5

Excision

02206	condylectomie unilatérale	225,00	4
+ 09551	tumeur bénigne (PG-28)	274,00	6
+ 09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	376,00	7
02112	hémimandibulectomie	245,00	5
02203	mandibulectomie totale	390,00	8
02204	maxillectomie supérieure totale	359,00	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	480,00	12
02207	ménisectomie temporo-mandibulaire	225,00	4

Fractures

	arcade zygomatique :		
02512	réduction ouverte	105,40	5
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
07500	dure-mère intacte	370,00	10
07501	avec déchirure de la dure-mère	425,00	10
07502	avec traumatisme cérébral important	415,00	10
07503	intéressant les sinus	446,00	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorhée	450,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte	370,00	10
07506	avec déchirure de la dure-mère	463,00	10
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	560,00	15

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	maxillaire inférieur		
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	54,80	
02509	réduction fermée, embrochement intermandibulo-maxillaire	161,00	4
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale	460,00	6
02521	bilatérale	645,00	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	165,00	5
02523	ménisectomie	226,00	4
+ 02524	ablation de l'apophyse coronoïde	77,00	5
	maxillaire supérieur		
02502	fixation inter-maxillaire	145,00	4
02508	réduction fermée avec embrochement intermandibulo-maxillaire	255,00	5
02515	réduction ouverte	165,00	7
02516	fracture 1/3 moyen de la face	538,00	10
02518	disjonction cranio-faciale	600,00	12
	nez		
02527	réduction (PG-28)	80,60	4
	os malaire		
+ 02507	réduction fermée	55,90	6
	réduction ouverte		
02513	simple	140,00	5
02514	avec ostéosynthèse	300,00	5
02522	par voie sinusale	225,00	5
	<i>Incision et drainage</i>		
02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	450,00	4
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28)	242,00	4
	<i>Luxation</i>		
	temporo-mandibulaire		
+ 02525	réduction fermée	54,80	5
02526	réduction ouverte	130,00	4
	<i>Ostéotomie</i>		
02017	maxillaire inférieur unilatéral	495,00	8
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (PG-28)	432,00	10
02019	avec greffe osseuse	576,00	15
02009	ostéotomie dento-alvéolaire	387,00	10
02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en 2 ou plusieurs sections	576,00	10
02032	ostéotomie mandibulaire pour rétrognathie pour troubles fonctionnels seulement	469,00	10
02088	avec apertognathie ou latérogathie	586,00	12
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
02089	par voie intracrânienne	1 080,00	18
02090	par voie extracrânienne	960,00	15

		R = 1	R = 2
Reconstruction			
02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	350,00	12
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (PG-28)	349,00	12
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne	2 000,00	18
02444	voie extracrânienne	1 500,00	18
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	420,00	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 675,00	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement (ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple	993,00	15
02447	en deux segments	1 120,00	15
02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 300,00	18
02336	correction de prognathisme ou micrognathisme avec ostéotomie, pour troubles fonctionnels seulement	532,00	12
02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire . .	387,00	6

SQUELETTE AXIAL**COLONNE VERTÉBRALE**

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne :

02169	approche abdominale :	143,00\$
02170	approche thoracique :	330,00\$
02171	approche thoraco-abdominale:	495,00\$

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'addendum 4 de chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

	greffe seulement		
02915	un niveau	530,00	10
02916	deux niveaux	530,00	10
02917	trois niveaux ou plus	636,00	12
	greffe avec instrumentation		
02182	un niveau	742,00	12
02183	deux niveaux	742,00	12
02184	trois niveaux ou plus	847,00	15

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	264,00	6
02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	100,00	4
	<i>Biopsie</i>		
+ 02119	corps vertébral	255,00	7
02109	d'un élément postérieur	132,00	4
	<i>Décompression</i>		
	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie		
02755	lombaire	589,00	15
02758	dorsale ou cervicale	687,00	15
02763	avec greffe, supplément	275,00	
02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	385,00	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	440,00	
	NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ».		
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02837	un niveau, supplément	495,00	
02838	deux niveaux ou plus, supplément	550,00	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	<i>Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant</i>		
	NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.		
	voie postérieure		
	sans greffe		
	cervicale ou dorsale		
02210	un niveau	545,00	12
02217	deux niveaux ou plus	675,00	12

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
02216	lombaire un niveau chaque niveau additionnel	491,00 76,00	7
AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
02910	avec greffe cervicale ou dorsale un ou plusieurs niveaux.	736,00	12
02922	lombaire un niveau	636,00	12
02924	deux niveaux ou plus.	742,00	12
02923	avec greffe et instrumentation cervicale ou dorsale un ou plusieurs niveaux.	797,50	15
02022	lombaire un niveau	742,00	12
02024	deux niveaux ou plus.	847,00	15
voie antérieure			
cervicale			
02173	avec ou sans greffe un niveau	628,00	12
02196	deux niveaux ou plus.	687,00	12
02140	avec greffe et instrumentation un ou plusieurs niveaux.	715,00	15
dorsale ou lombaire			
sans greffe			
02087	un niveau	436,00	12
02111	deux niveaux ou plus.	497,00	12
avec greffe			
02117	un niveau	636,00	12
02124	deux niveaux ou plus.	742,00	12
avec greffe et instrumentation			
02128	un niveau	742,00	12
02136	deux niveaux ou plus.	847,00	12
avec remplacement par prothèse			
02942	un niveau	800,00	12
02947	deux niveaux ou plus.	1 000,00	15
Excision			
02123	apophyse épineuse	132,00	5
02272	apophyse transverse	463,00	8
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	742,00	12
02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 008,00	18
02221	greffe et instrumentation, supplément.	385,00	

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02142	un niveau, supplément	495,00	
02143	deux niveaux ou plus, supplément	550,00	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		
	Exérèse		
02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	331,00	6
	Fracture - colonne		
	NOTES : 1) S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; (MOD=057)		
	2) Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure), le modificateur s'applique;		
	3) Si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=058) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=059).		
+ 09569	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation).	265,00	6
	réduction ouverte		
09570	approche postérieure.	463,00	18
09571	approche postérieure avec greffe osseuse.	636,00	18
09572	approche postérieure avec instrumentation	742,00	18
09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe	847,00	18
09574	approche antérieure.	436,00	18
09575	approche antérieure avec greffe osseuse.	636,00	18
09576	approche antérieure avec instrumentation	672,00	18
09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe	847,00	18
	<u>AVIS : Le modificateur 150 s'applique aux codes d'acte 09570 à 09577.</u>		
02226	vissage de l'odontoïde	925,00	18
	fracture sacrum		
+ 02582	réduction ouverte	265,00	5
	coccyx		
+ 02214	excision.	132,00	5
	Incision et drainage		
	séquestrectomie et drainage		
02044	par voie antérieure	636,00	10
02045	par voie postérieure	385,00	6
02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse.	530,00	12

		R = 1	R = 2
Ostéotomie			
02025	de la colonne un niveau	844,80	12
	chaque niveau additionnel	134,00	
	maximum	1 112,80	
	avec greffe		
02003	un niveau, supplément	265,00	
02004	deux niveaux, supplément	265,00	
02005	trois niveaux ou plus, supplément	318,00	
	avec greffe et instrumentation		
02133	un niveau, supplément	371,00	
02134	deux niveaux, supplément	371,00	
02135	trois niveaux ou plus, supplément	425,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
Ponction (aspiration, injection)			
+ 02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	280,00	6
02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	265,00	5
Scoliose			
	correction par approche postérieure du rachis sans instrumentation (in situ)		
02450	premier niveau	528,00	12
	niveau additionnel	99,00	
	maximum	627,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant . .	1 188,00	18
02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	330,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
	correction par approche antérieure du rachis sans instrumentation		
02458	thoracique ou abdominale	530,00	15
02459	thoraco-abdominale	636,00	18
02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	132,00	
	avec instrumentation		
02461	thoracique ou abdominale	1 059,00	15
02462	thoraco-abdominale	1 192,00	18
02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	115,50	

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
02228	premier niveau	410,00	12
02229	par niveau relâché et greffé, supplément	55,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS		
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
02283	temps antérieur	925,00	18
02284	temps postérieur.	728,00	18
02293	temps combinés.	1 080,00	18
02340	avec instrumentation et greffe, supplément	385,00	
02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	420,00	8
02399	relâchement musculotendineux de la concavité.	265,00	6
	NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	révision pour pseudarthrose sans instrumentation		
02362	un niveau	528,00	6
	niveau additionnel	134,00	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS		
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
+ 02369	thoracoplastie	397,00	7
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myé- loméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'exci- sion de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	925,00	18
	tractions pour scoliose		
02856	installation d'un appareil Halo, sans traction consécu- tive	132,00	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance.	265,00	7
+ 09555	exérèse de l'appareillage	110,00	5
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis. . .	132,00	

		R = 1	R = 2
THORAX			
<i>Biopsie</i>			
+ 02066	costale ouverte.	180,00	6
<i>Excision</i>			
02114	de première côte	320,00	6
02116	de côte cervicale	320,00	6
	de côte avec drainage		
02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	300,00	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	784,00	10
<i>Fracture</i>			
02539	de côtes, avec complication	C.S.	8
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
	du sternum		
02533	réduction fermée.	110,00	4
+ 02535	réduction ouverte	182,00	7
02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	310,00	6
<i>Reconstruction</i>			
02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno- chondro plastie)	768,00	15
+ 02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	155,00	6
BASSIN			
<i>Amputation</i>			
02215	hémipelvectomy	960,00	15
09560	hémipelvectomy avec greffe du bassin	2 055,00	18
<i>Arthrodèse</i>			
02935	sacro-iliaque.	463,00	8
<i>Biopsie osseuse</i>			
+ 02062	ouverte	199,00	5
<i>Désinsertion</i>			
02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter).	331,00	4

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
	<i>Excision</i>		
02130	tumeur bénigne sans greffe	331,00	5
02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	463,00	10
02132	tumeur maligne sans greffe	397,00	8
02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	575,00	10
	<i>Exérèse</i>		
02519	de plaque et vis.	226,00	8
02528	de matériel symphyse pubienne.	132,00	4
	<i>Fractures</i>		
+ 02581	acétabulum, réduction fermée, luxation centrale.	199,00	6
02584	acétabulum, réduction ouverte.	530,00	8
02580	acétabulum, avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 260,00	18
	bassin		
02579	réduction fermée incluant repos au lit et surveillance. . .	199,00	
02583	réduction ouverte : pubis	463,00	7
	fracture de une ou deux colonnes		
02771	réduction ouverte par voie ilio-inguinale de Letournel et ilio-crurale élargie avec ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	1 059,00	15
02772	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par plaque et vis.	953,00	15
	fracture de une ou deux colonnes associée à une fracture de la paroi postérieure		
02773	réduction ouverte par voie postérieure et ostéosynthèse par vis ou plaque et vis	847,00	15
02707	fracture de Malgaigne instable avec présentation tardive (après 21 jours), temps antérieur et postérieur, incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 440,00	18
	<i>Greffe osseuse</i>		
02774	greffe osseuse au bassin	327,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	<i>Incision et drainage</i>		
02775	abcès d'ostéomyélite	265,00	4
02776	fenestration ou forage	199,00	5
02777	séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe. . . .	205,00	4
	<i>Luxation sacro-iliaque</i>		
02676	réduction fermée seule	51,00	4
+ 02567	réduction fermée, traction, spica, etc.	116,00	6
02572	réduction ouverte	636,00	8
	<i>Ostéotomie</i>		
02000	type Salter	636,00	6
02001	type Chiari ou « shelf »	742,00	8
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie).	1 008,00	18

		R = 1	R = 2
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS			
ÉPAULE			
<i>Amputation</i>			
02281	désarticulation gléno-humérale	530,00	6
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	768,00	10
<i>Arthrodèse</i>			
02925	gléno-humérale	636,00	8
02965	scapulo-thoracique	546,00	10
<i>Arthrolyse</i>			
02973	gléno-humérale	530,00	8
<i>Arthroplastie</i>			
02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	530,00	5
02407	prothèse totale gléno-humérale	742,00	8
<i>Arthroscopie</i>			
02034	simple gléno-humérale, incluant, le cas échéant, la biop- sie synoviale et le lavage	170,50	5
+ 02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thé- rapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	225,50	6
<i>Arthrotomie</i>			
02037	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation : gléno-humérale	265,00	5
<i>Biopsie</i>			
02084	clavicule ou omoplate à l'aiguille	110,00	4
+ 02085	ouverte	199,00	6
<i>Examen et manipulation</i>			
02833	Examen et manipulation sous anesthésie générale	110,00	4

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Excision			
02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la ménisectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux	255,00	5
+ 02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la ménisectomie, le cas échéant	210,00	5
02220	tête humérale	265,00	5
+ 02778	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omo-vertébral	255,00	6
02779	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	397,00	6
+ 02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe	397,00	7
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	400,00	8
Exérèse			
+ 02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28) .	110,00	5
AVIS : Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).			
+ 02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	155,00	6
+ 02976	de prothèse simple	265,00	6
02977	de prothèse totale	331,00	6
Fracture			
02537	clavicule réduction ouverte	265,00	5
+ 02534	omoplate réduction fermée	110,00	6
02536	réduction ouverte, col et/ou glène	420,00	7
Greffe			
02346	greffe osseuse à la clavicule ou à l'omoplate.	265,00	5
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
Luxation			
02545	acromio-claviculaire réduction fermée	46,00	4
02548	réduction ouverte	265,00	6
02546	gléno-humérale réduction fermée (PG-28)	113,00	4
02549	réduction ouverte	397,00	5

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
02573	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Magnuson ou Putti-Platt	341,00	6
02575	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique) de type Bankart ou Bristow	451,00	6
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante	632,50	6
+ 02544	sternoclaviculaire		
02547	réduction fermée de luxation postérieure seulement . .	116,00	5
	réduction ouverte	265,00	6
Ostéotomie			
+ 02095	clavicule	265,00	6
02094	omoplate	331,00	6
Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant			
02144	pour rupture du tendon du biceps proximal	225,50	5
02145	pour rupture du tendon du biceps distal	341,00	6
02156	coiffe des rotateurs		
	réparation de la coiffe incluant l'acromioplastie, le cas échéant	397,00	5
02157	reconstruction de la coiffe (mobilisation et réinsertion osseuse de la coiffe) incluant l'acromioplastie, le cas échéant	463,00	6
02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sternoclaviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant	397,00	5
Scapulopexie			
02344	pour élévation congénitale (scapula alata)	636,00	8
Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)			
02231	gléno-humérale	397,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical, au même site, à la même séance.		
Transposition			
02857	un tendon	341,00	4
02858	deux tendons ou plus	451,00	5
02859	supplément pour libération de contracture dans le même temps	115,50	
	NOTE : Ce supplément ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 02857 ou 02858.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
BRAS (HUMÉRUS)			
<i>Allongement ou correction incluant l'ostéotomie</i>			
02892	Allongement avec ou sans greffe	953,00	8
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02839	un niveau	662,00	12
02840	deux niveaux	960,00	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	817,00	12
<i>Amputation</i>			
02280	au bras.	360,00	5
<i>Biopsie osseuse</i>			
+ 02174	à l'aiguille.	110,00	5
02175	ouverte.	199,00	4
<i>Excision</i>			
	tumeur bénigne		
+ 02176	sans greffe	199,00	6
02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	463,00	6
02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe du site de jonction	728,00	15
	tumeur maligne		
02178	sans greffe	530,00	7
02179	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	636,00	8
02181	extensive avec reconstruction	847,00	15
02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe du site de jonction	1 192,00	18
02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément.	205,00	6
----	excision de la tête humérale	(Voir épaule)	
<i>Exérèse</i>			
+ 02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28)	110,00	6
<u>AVIS :</u> Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEI- GNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo- squelettique).			
02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal. . .	170,50	5
+ 02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant.	255,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Fasciotomie</i>			
+ 02011	au bras	199,00	6
<i>Fractures</i>			
col chirurgical sans luxation de la tête			
+ 02605	réduction fermée (PG-28)	113,00	6
+ 02568	réduction fermée et fixation percutanée	280,50	7
02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	463,00	6
col chirurgical avec luxation de la tête			
+ 02606	réduction fermée (PG-28)	155,00	6
02598	réduction fermée et fixation percutanée	341,00	6
02631	réduction ouverte	530,00	6
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse	636,00	8
trochin-trochiter			
02632	réduction ouverte	331,00	6
diaphyse			
+ 02608	réduction fermée (PG-28)	155,00	6
02633	réduction ouverte	530,00	6
02911	verrouillage distal de clou intramédullaire, supplément sus ou transcondylienne	84,70	
+ 02609	réduction fermée (PG-28)	199,00	6
+ 02640	réduction fermée et fixation percutanée	265,00	6
02634	réduction ouverte	530,00	6
condyle ou trochlée, épicondyle ou épitrochlée			
+ 02610	réduction fermée (PG-28)	110,00	6
+ 02912	réduction fermée et fixation percutanée	225,50	7
02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée	265,00	6
02921	réduction ouverte du condyle ou de la trochlée	341,00	6
<i>Grefe osseuse</i>			
02363	humérus	210,00	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site à la même séance.			
<i>Incision et drainage</i>			
+ 02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	264,00	6
<i>Ostéotomie</i>			
02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant (PG-28)	360,00	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
COUDE			
<i>Amputation</i>			
02279	désarticulation au coude	360,00	4
<i>Arthrodèse</i>			
02927	du coude	463,00	6
<i>Arthroplastie</i>			
02404	par prothèse totale	742,00	8
18034	remplacement prothèse totale, incluant exérèse de l'ancienne prothèse, effectuée lors de la même séance .	892,00	8
<i>Arthrotomie</i>			
Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :			
+ 02039	du coude	132,00	5
02510	du coude pour arthrite septique	265,00	5
02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	397,00	8
02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	883,00	12
<i>Arthroscopie</i>			
02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	170,00	5
02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire	225,00	5
NOTE : Le service médical codé 02987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	397,00	8
<i>Désinsertion</i>			
+ 02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	132,00	5
<i>Examen et manipulation</i>			
02834	Examen et manipulation (SAG)	110,00	4
NOTE : Le service médical codé 02834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
<i>Excision</i>			
+ 02222	tête radiale	265,00	6
02230	tête radiale avec remplacement	331,00	4

		R = 1	R = 2
	<i>Exérèse</i>		
02989	de prothèse totale	530,00	6
	<i>Luxation</i>		
02662	réduction fermée (PG-28)	113,00	4
	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
18035	ligament interne ou externe	331,00	5
18036	ligaments interne et externe	397,00	5
18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	100,00	
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	90,00	4
	<i>Reconstruction</i>		
	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
18038	ligament interne ou externe	397,00	6
18039	ligaments interne et externe	450,00	6
18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro-cubital pour instabilité persistante, supplément	100,00	
	<i>Synovectomie</i>		
02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28) . . .	265,00	6
	AVANT-BRAS		
	<i>Amputation</i>		
02278	amputation	360,00	4
	<i>Biopsie - radius ou cubitus</i>		
02991	à l'aiguille	110,00	4
+ 02992	ouverte	199,00	6
	<i>Excision</i>		
+ 09548	olécrane avec ou sans fascia plastie	199,00	6
	tumeur - radius ou cubitus		
+ 02993	tumeur bénigne (PG-28)	132,00	6
02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	530,00	8
02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	742,00	12
02995	tumeur maligne	480,00	8
02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	636,00	8
02997	résection extensive et reconstruction	742,00	15
02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe	847,00	15
02723	avec prothèse, supplément	165,00	2

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Exérèse</i>			
+ 02315	plaque et vis - radius (PG-28)	199,00	6
+ 02314	plaque et vis - cubitus	132,00	6
+ 02316	plaque et vis - radius et cubitus	265,00	6
+ 02317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28) (*)	110,00	5
+ 02998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28) (*)	115,50	5
<i>Fasciotomie</i>			
+ 02020	un compartiment	331,00	6
02021	deux ou plusieurs compartiments	463,00	6
<i>Fractures</i>			
+	olécrâne		
+ 18062	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
+ 18063	réduction ouverte	265,00	6
+	de Monteggia, apophyse coronoïde, cubitus seul, radius seul, tête ou col du radius		
+ 18041	réduction fermée (PG-28)	113,00	6
18042	réduction ouverte	307,00	6
+	fracture - épiphyse distale radius		
+ 18064	réduction fermée (PG-28)	113,00	6
+ 18065	réduction ouverte	331,00	8
	fracture - radius et cubitus		
+ 02651	réduction fermée (PG-28)	113,00	5
02652	réduction ouverte	463,00	8
+ 18043	réduction fermée et fixation par broche(s) radius ou cubitus proximal ou distal	155,00	6
<i>Greffe</i>			
02359	cubitus	265,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02358	radius	265,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02360	radius et cubitus	342,00	8
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</i>			
02903	radius	300,00	5
+ 02904	cubitus	312,00	6
02905	radius et cubitus	461,00	8

AVIS :

(*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

		R = 1	R = 2
<i>Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation</i>			
02906	radius ou cubitus	331,00	4
02907	radius et cubitus	463,00	8
02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	953,00	12
<i>Reconstruction</i>			
02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	636,00	8
MAIN ET POIGNET			
<i>Amputation</i>			
+ 02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28)	105,00	6
+ 02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28)	105,00	6
+ 09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28)	205,00	5
+ 02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28)	200,00	5
02276	désarticulation du poignet (PG-28)	331,00	4
<i>Allongement</i>			
02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 540,00 \$) (PG-28)	180,00	5
<i>Arthrodèse</i>			
02928	pouce (PG-28)	331,00	5
+ 02929	doigt (PG-28)	205,00	6
02926	poignet (PG-28)	463,00	5
<i>Arthrolyse</i>			
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28)	662,00	12
<i>Arthroplastie</i>			
18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	331,00	6
02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel	360,00	6
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	265,00	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28)	742,00	8
02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28)	463,00	6
02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	205,00	5

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	155,00	5
02958	avec débridement, supplément	100,00	
02960	avec réparation par suture du ligament fibro-cartilagineux, supplément	155,00	
NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.			
NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par séance.			
<i>Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation</i>			
NOTE : Les actes 02038, 02040, 02932 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.			
+ 02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . .	115,00	5
+ 02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	180,00	6
+ 02038	poignet (PG-28)	120,00	5
+ 02933	poignet avec arthrite septique (PG-28)	265,00	6
<i>Biopsie</i>			
02934	à l'aiguille, main et poignet	51,00	4
+ 02939	ouverte, main et poignet (PG-28)	105,00	6
<i>Décompression</i>			
02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	130,00	4
NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs (C.S.)			
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
+ 02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	175,00	5

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	205,00	5
+ 02895	ménisectomie radio-cubitale	240,00	5
+ 02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	154,00	6
	tumeur bénigne		
+ 02783	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	6
+ 02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	171,00	5
+ 02785	carpe (PG-28)	132,00	6
02786	carpe avec greffe (PG-28)	310,00	8
	tumeur maligne		
+ 02787	phalange, métacarpien (PG-28)	199,00	5
+ 02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	226,00	6
02789	carpe (PG-28)	300,00	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	420,00	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	560,00	15
<i>Exérèse</i>			
	prothèse		
+ 02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28)	116,00	5
02650	carpe (PG-28)	199,00	5
+ 02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	115,50	6
<u>AVIS :</u> Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEI- GNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo- squelettique).			
<i>Fractures ou luxation</i>			
	carpe, métacarpe		
+ 18045	réduction fermée (PG-28)	110,00	6
18046	chacune additionnelle pour la même main	22,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nom- bre total de services dans la case UNITÉS.			
18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	45,00	
18048	réduction ouverte (PG-28)	205,00	6
	phalange		
18049	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
18050	chacune additionnelle pour la même main	22,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nom- bre total de services dans la case UNITÉS.			

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	25,00	
+ 18052	réduction ouverte (PG-28)	155,00	6
18053	scaphoïde, semi-lunaire réduction ouverte (PG-28)	331,00	6
Fascia			
+ 02554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 210,00 \$)	105,00	6
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
+ 02125	pour maladie de Dupuytren fasciectomie palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	155,00	6
02126	fasciectomie digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	210,00	7
Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux			
+ 02658	métacarpe, phalange (PG-28) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	205,00	6
02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés (PG-28) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	171,00	4
02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse) (PG-28) NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	400,00	5
18054	greffe vascularisée (incluant ROFI), supplément	120,00	
Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation			
+ 02698	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	6
+ 02699	carpe (PG-28)	171,00	7
+ 02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28)	132,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Manipulation d'articulation sous anesthésie générale</i>			
+ 02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . .	21,00	5
02835	poignet (PG-28)	110,00	4
<i>Ostéotomie de correction</i>			
02706	phalange proximale (PG-28)	180,00	4
02713	phalange moyenne (PG-28)	120,00	5
02717	phalange distale (PG-28)	120,00	5
+ 02718	métacarpe (PG-28)	120,00	5
18055	ROFI, supplément	100,00	
<i>Réparation, toute technique</i>			
+ 02898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	180,00	6
02198	ligaments du poignet radio-carpien (PG-28)	240,00	5
<i>Reconstruction ligamentaire</i>			
+ 02726	métacarpo-phalangienne (PG-28)	205,00	6
02160	poignet avec greffe de tissu (PG-28)	195,00	6
<i>Synovectomie</i>			
+ 02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . .	105,00	6
+ 02741	poignet (PG-28)	205,00	7
<i>Syndactylie</i>			
02377	avec greffe de commissure (PG-28)	360,00	5
<i>Ténotomie corrective</i>			
+ 02050	un doigt (PG-28)	105,00	6
02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	100,00	4

		R = 1	R = 2
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS			
HANCHE			
<i>Amputation</i>			
02296	désarticulation de la hanche.	742,00	12
<i>Arthrodèse</i>			
02936	primaire	742,00	12
02930	post résection de tête fémorale	740,00	15
<i>Arthroscopie</i>			
02419	arthroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans résec- tion de corps étranger ou de souris articulaire (PG-28). .	390,00	4
<i>Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)</i>			
02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	530,00	8
02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse . . .	583,00	10
02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	738,50	12
02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale	847,00	12
02614	prothèse totale après arthrodèse incluant l'exérèse de clou(s), de vis et de clou-plaque, le cas échéant	1 059,00	18
02257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale	1 017,50	18
remplacement de prothèse totale :			
en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochan- térienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre) . . .			
09598		965,00	15
en deux temps :			
premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire) . . .			
02251		800,00	10
deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)			
02254		800,00	12
02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant)	530,00	10
02260	remplacement de composante fémorale complète seu- lement	632,50	12

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
09599	avec allogreffe en bloc au fémur ou à l'acétabulum, supplément.	230,00	3
18011	avec allogreffe en bloc au fémur et à l'acétabulum, supplément.	350,00	4
	NOTE : Aucun autre acte d'arthroplastie ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un chirurgien de la même discipline sauf les suppléments.		
	Arthrotomie		
02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	397,00	5
	Excision		
	Voir tumeur ou site anatomique		
	Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)		
02320	prothèse simple	397,00	5
02321	prothèse totale	530,00	8
+ 02794	clous ou vis	200,00	6
+ 02795	clou-plaque, plaque et vis	331,00	7
	Luxation		
	traumatique		
02619	réduction fermée sans anesthésie (PG-28)	115,50	
+ 02629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale (PG-28)	170,50	6
02757	réduction ouverte	530,00	8
	congénitale ou paralytique		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
+ 02747	unilatérale	280,00	6
02748	bilatérale	342,00	5
02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	742,00	8
02700	réduction ouverte (incluant spica)	636,00	8
02500	avec ostéotomie du bassin	742,00	10
02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur.	902,00	15
	Examen et manipulation		
+ 02849	sous anesthésie régionale ou générale.	100,00	5
	Synovectomie		
02252	complète	530,00	8
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes****R = 1 R = 2****Ténotomie**

02074	adducteurs		
	fermée.	110,00	4
+ 02079	ouverte	132,00	5
+ 02081	psoas	199,00	5
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	463,00	6

Transposition et réinsertion tendineuse

02432	abdominale	250,00	5
02433	psoas-iliaque	672,00	8

CUISSE

02434	allongement ou section de la bandelette de Maissiat . . .	132,00	5
02295	amputation de la cuisse	420,00	7
02426	quadriceps plastie (incluant artholyse)	636,00	8
02041	fasciotomie fémorale	265,00	5

FÉMUR**Allongement ou correction incluant ostéotomie**

02349	Allongement		
	avec ou sans greffe.	847,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02376	un niveau	953,00	15
02378	deux niveaux	1 104,00	18
02379	Correction progressive de déformation angulaire		
	incluant ostéotomie	864,00	12
+ 02484	fasciectomie préalable à l'allongement	265,00	6

Biopsie

+ 02796	à l'aiguille.	110,00	5
02797	ouverte.	199,00	5
02719	forage et décompression de la tête fémorale.	225,50	6
02720	avec greffe osseuse, supplément	110,00	

NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical au même site.

Épiphysiodèse

+ 02950	fémur par greffe.	463,00	6
02952	fémur et tibia par greffe.	530,00	6
02953	fémur par crampons (agrafe)	397,00	5
02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	463,00	5
02798	grand trochanter	232,00	5

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
02240	tête et col	463,00	5
	tumeur bénigne col et/ou tête		
02799	sans greffe	530,00	6
02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	636,00	8
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
+ 02802	sans greffe	265,00	6
02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant.	530,00	8
02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	1 059,00	15
	tumeur maligne		
02808	sans greffe	530,00	8
02811	avec greffe ou remplacement par prothèse	636,00	8
02812	résection extensive et reconstruction	1 192,00	15
02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 192,00	18
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	225,50	4
<i>Exérèse de matériel</i>			
+ 02307	bande métallique (une ou plusieurs)	132,00	6
+ 02310	clou, incluant le verrouillage proximal	262,00	6
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage distal	262,00	5
+ 02899	plaque et vis	265,00	6
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	55,00	3
<i>Fracture</i>			
	col ou intertrochantérienne		
+ 02637	réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins (PG-28)	115,50	6
02638	réduction fermée pour patient de plus de 16 ans (PG-28)	132,00	5
<u>AVIS : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.</u>			
	réduction ouverte		
02687	vis percutanée	397,00	8
02716	clou et plaque	463,00	10
02714	greffe pédiculée de Judet, etc.	635,00	10
	col ou pertrochantérienne		
02739	réduction ouverte et ostéotomie	530,00	10
02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée	463,00	8
02689	par prothèse cimentée incluant prothèse bipolaire, supplément	66,00	
	sous trochantérienne		
02742	réduction ouverte	636,00	10

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
+ 02690	diaphyse ou transcondylienne ou suscondylienne réduction fermée avec ou sans anesthésie (PG-28) . . .	264,00	6
	<u>AVIS :</u> En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.		
18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur . .	100,00	5
02673	réduction ouverte fixation interne ou externe	636,00	10
09589	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	742,00	10
09590	verrouillage distal, supplément	115,50	2
	<i>Grefe</i>		
02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgi- cal au même site.	530,00	8
	<i>Incision</i>		
02269	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistu- lectomie cutanée ou osseuse	397,00	5
+ 02564	forage ou fenestration de la corticale pour ostéomyélite aigüe	397,00	6
02574	séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe, saucérisation	397,00	5
	<i>Ostéotomie</i>		
02091	col fémoral	742,00	10
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur	636,00	8
	<i>Raccourcissement de l'os</i>		
02405	avec ou sans greffe	742,00	10
	<i>Transfert ou transposition</i>		
02625	grand trochanter seul	463,00	5
	<i>Plastie</i>		
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo- nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	1 645,00	18

		R = 1	R = 2
GENOU			
<i>Amputation</i>			
02294	désarticulation du genou	397,00	5
<i>Arthrodèse</i>			
02937	simple	636,00	8
02966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, le cas échéant	700,00	12
<i>Arthrolyse</i>			
	directe		
18013	par arthroscopie	310,00	5
18014	par voie ouverte	460,00	7
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe	953,00	12
<i>Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)</i>			
02492	prothèse totale unicompartmentale	575,00	8
02403	prothèse totale bicompartmentale	742,00	12
18015	changement de polyéthylène seulement	400,00	7
18016	réimplantation de prothèse totale après infection, incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant	860,00	12
02497	prothèse totale et exérèse de prothèse en un temps . . .	892,00	12
02487	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du fémur, supplément	220,00	3
02391	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du tibia, supplément	220,00	3
02392	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonferenciel du fémur, supplément	385,00	3
02393	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonferenciel du tibia, supplément	385,00	3
	NOTE : Les 4 suppléments codés 02391, 02392, 02393 et 02487 peuvent être facturés avec les prothèses totales sus-mentionnées.		
02498	prothèse rotule seulement	397,00	6
02499	par allogreffe au fémur distal	768,00	10
02442	par allogreffe au tibia proximal	847,00	10
02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	990,00	15

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE		Spécialistes	
		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
+ 02577	simple du genou incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28)	170,50	5
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28): ménisectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	225,50	4
NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.			
<i>Arthrotomie ou capsulotomie</i>			
+ 02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la ménisectomie ou la section de l'aileron externe	265,00	6
<i>Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse</i>			
+ 02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	132,00	6
AVIS : Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).			
09539	prothèse totale du genou infecté incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire	672,00	5
+ 09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	300,00	5
<i>Excision</i>			
+ 02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite. . .	300,00	6
+ 18017	tumeur dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	400,00	6
<i>Fracture rotule</i>			
09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissu mous	397,00	4
02680	fixation de fragment ostéochondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	342,00	5

		R = 1	R = 2
<i>Grefe ostéochondrale</i>			
02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche. NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.	350,00	5
<i>Luxation</i>			
+ 02737	genou réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	199,00	6
+ 02749	rotule réduction fermée (PG-28)	110,00	6
+ 02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	331,00	6
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant.	396,00	7
<i>Réparation et reconstruction ligamentaire</i>			
18018	Réparation de un seul ligament, toute technique	360,00	5
18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00	3
Reconstruction du ligament, toute technique			
18020	croisé antérieur	463,00	8
18021	croisé postérieur	636,00	10
18022	croisés antérieur et postérieur	936,00	15
18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	250,00	3
18024	réparation de un ligament additionnel (maximum 2), supplément	150,00	3
18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	130,00	3
18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	397,00	6
18027	réparation de un ligament additionnel (maximum 1), supplément	150,00	3
18028	chaque ménisectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	55,00	1
18029	chaque suture de ménisque avec fléchette associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	170,50	2
18030	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	200,00	3
NOTE : Un seul des actes codés 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.			

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Suture</i>			
+ 02822	un ménisque, toute voie d'approche	342,00	7
18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément	58,00	1
	tendon		
+ 02059	quadriceps	397,00	6
02061	rotuléen	397,00	6
18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	100,00	1
<i>Divers</i>			
02253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche	397,00	6
02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie	110,00	4
18033	allogreffe de un ménisque, toute voie d'approche	672,00	10
TIBIA ET PÉRONÉ			
<i>Allongement ou correction incluant ostéotomie</i>			
	Allongement		
02386	avec ou sans greffe (PG-28)	635,00	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02387	un niveau	953,00	12
02388	deux niveaux	1 059,00	15
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	953,00	12
	fasciectomy préalable à allongement		
+ 02485	1 compartiment	265,00	6
02486	2 compartiments ou plus	300,00	6
<i>Amputation</i>			
02292	amputation à la jambe (B.K.)	397,00	5
<i>Biopsie</i>			
+ 02864	à l'aiguille	110,00	5
+ 02865	ouverte	199,00	6
<i>Décompression - dénervation</i>			
	fasciotomie tibiale		
+ 02046	1 compartiment	199,00	6
02047	2 compartiments ou plus	265,00	5
<i>Épiphyiodèse du tibia</i>			
02951	par greffe (Phemister)	397,00	4
02954	par crampon	331,00	4

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	530,00	7
02867	résection extensive et reconstruction	1 080,00	12
+ 02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	199,00	6
02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	463,00	6
02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	817,00	15
02870	tumeur maligne	530,00	6
02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	636,00	10
02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 192,00	18
02597	avec prothèse totale, supplément	225,50	4
<i>Exérèse</i>			
+ 02309	clou, vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28) (*)	110,00	6
+ 02872	clou, vis, fils, broches - tibia et péroné (PG-28) (*)	132,00	6
+ 02299	plaque plus vis - tibia ou péroné	132,00	6
+ 02873	plaque plus vis - tibia et péroné	265,00	6
<i>Fractures</i>			
02705	péroné seul		
	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
+ 02725	réduction ouverte	199,00	5
	tibia (avec ou sans péroné)		
+ 02694	réduction fermée (PG-28)	120,00	6
	réduction ouverte		
02696	diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	463,00	6
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	463,00	6
09592	verrouillage distal, supplément	115,50	2
02721	épiphyse proximale plateau (1 ou 2)	463,00	6
02743	pilon tibial	530,00	6

AVIS : (*) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Greffe osseuse</i>			
02874	pour pseudarthrose congénitale.	742,00	8
02413	simple tibia et/ou péroné.	397,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02414	par transposition du péroné	480,00	6
<i>Incision et drainage</i>			
+ 02875	abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistulectomie	265,00	6
02876	forage ou fenestration de la corticale	265,00	5
+ 02877	saucérisation (mise à plat)	265,00	6
02878	séquestrectomie avec ou sans greffe.	265,00	5
<i>Ostéotomie</i>			
02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant.	530,00	7
02068	tibiale, incluant toute intervention au péroné, le cas échéant	420,00	6
02030	du péroné	132,00	5
<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>			
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage . . .	636,00	10
CHEVILLE			
<i>Amputation</i>			
02291	type Syme	463,00	5
<i>Arthrodèse</i>			
+ 02938	tibio-astragalienne primaire	550,00	6
+ 18066	révision tibio-astragalienne	742,00	6
#	<u>AVIS :</u> La révision tibio-astragalienne 18066 doit être réclamée à la suite de l'arthrodèse tibio-astragalienne primaire 02938. Veuillez inscrire la date ou l'année de l'arthrodèse tibio-astragalienne primaire 02938.		
+ 02944	tibio-talo-calcaneenne avec ou sans talonaviculaire et calcanéocuboïdienne	742,00	10
<i>Arthrolyse</i>			
02054	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	953,00	12
<i>Arthroplastie</i>			
02408	totale de la cheville (prothèse)	742,00	8

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
+ 02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28)	170,50	5
+ 02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28): - résection de souris ou de corps étranger - débridement synovial - résection d'ostéophyte - forage ou chondroplastie d'abrasion	280,50	7
<i>Arthrotomie</i>			
+ 18067	avec exploration, drainage, irrigation ou résection de corps étranger, d'ostéophytes ou de souris articulaire, ou traitement d'ostéochondrite avec ou sans fixation . . .	331,00	6
+ 02880	avec ostéotomie malléolaire et sa fixation, supplément	65,00	2
<i>Décompression - dénervation</i>			
02883	décompression - sinus du tarse	120,00	5
02884	décompression - tunnel tarsien	132,00	5
02885	neurectomie cheville	171,00	4
<i>Exérèse</i>			
+ 09541	de prothèse totale de cheville	199,00	6
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
+ 02304	unimalléolaire (PG-28) (*)	110,00	6
+ 02306	bi ou trimalléolaire (PG-28) (*)	132,00	6
<i>Fracture - luxation</i>			
+	uni, bi, trimalléolaire		
+ 02708	réduction fermée avec anesthésie (PG-28)	113,00	6
<u>AVIS :</u> En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.			
	réduction ouverte		
+ 02727	unimalléolaire	265,00	6
09542	bimalléolaire	397,00	6
+ 18068	si fixation malléole postérieure, supplément	60,00	
+ 18069	si fixation syndesmotique ou réparation du ligament deltoïde, supplément	60,00	
+ 18070	par vis syndesmotique seule	265,00	6

AVIS : (*) Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Reconstruction - réparation			
+ 02199	réparation ligamentaire NOTE : Le service médical codé 02199 ne peut pas être associé à une autre chirurgie de l'Appareil musculo-squelettique, au même site, lors de la même séance.	265,00	6
+ 02161	reconstruction ligamentaire tardive (6 semaines ou plus)	397,00	5
+ 02441	réparation tendon d'Achille	331,00	6
+ 02889	tardive (6 semaines ou plus)	430,00	5
Ténotomie (tendon d'Achille)			
+ 18071	fermée ou ouverte	130,00	5
PIED			
Allongement (incluant l'ostéotomie)			
02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	742,00	7
Amputation			
+ 02267	médiotarsienne ou transmédiotarsienne (PG-28)	331,00	6
+ 02287	un métatarsien en rayon	105,00	6
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied (*)	21,00	
+ 18072	un métatarsien avec les phalanges (PG-28)	140,00	6
+ 02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28)	110,00	6
	chaque orteil additionnel (*)	26,00	
Arthrodèse			
+ 02943	sous-astragaliennne ou talonaviculaire ou calcanéo- cuboïdienne isolée	560,00	6
+ 18073	triple arthrodèse	674,00	6
+ 02949	tarso-métatarsienne (articulation de Lisfranc) tardive (6 semaines ou plus)	463,00	5
+ 02946	articulation métatarso-phalangienne (PG-28)	265,00	5
+ 02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (PG-28)	110,00	5
	chaque orteil additionnel (*)	30,00	

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
<i>Arthrolyse</i>			
02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre).	742,00	6
<i>Arthroscopie</i>			
+ 09500	pied (PG-28).	170,50	5
<i>Arthrotomie</i>			
+	Arthrotomie incluant, le cas échéant, la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire		
+ 02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite (PG-28)	110,00	6
+ 02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite (PG-28)	225,50	6
+ 09501	pour arthrite septique (PG-28).	199,00	6
<i>Biopsie</i>			
09502	à l'aiguille ou au trocart	110,00	4
+ 02247	ouverte (PG-28)	155,00	6
<i>Excision</i>			
02244	complète d'astragale ou de calcanéum	310,00	8
02241	barre tarsienne	331,00	5
+ 02234	fascia pour fibromatose plantaire (PG-28)	199,00	6
+ 02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (PG-28)	145,00	6
+ 02242	tête métatarsienne (PG-28)	145,00	6
+	chaque tête additionnelle pour le même pied	23,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
+ 02245	os sésamoïde (PG-28)	178,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.		
	tumeur bénigne		
	calcanéum ou astragale		
+ 09505	sans greffe (PG-28)	199,00	6
09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	331,00	6
	os mineurs		
+ 09507	sans greffe (PG-28)	132,00	6
+ 09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	265,00	6
	tumeur maligne		
	calcanéum ou astragale		
09509	sans greffe	255,00	7
09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	400,00	8
	os mineurs		
+ 09511	sans greffe (PG-28)	180,00	6
+ 09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	240,00	4

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Exérèse</i>		
+ 09513	prothèse, plaque ou vis (PG-28)	132,00	6
	AVIS : <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</i>		
+	<i>Fracture ou luxation</i>		
+	tarse ou tarso-métatarsienne (Lisfranc)		
+ 02710	réduction fermée, sous anesthésie (PG- 28)	110,00	5
+ 02744	réduction fermée avec embrochage percutané	199,00	7
+ 02729	réduction ouverte astragale ou calcaneum excepté	331,00	6
+ 02730	réduction ouverte astragale ou calcaneum ou les deux	463,00	6
+ 02734	arthrodèse primaire sous-astragalienne	463,00	7
+	métatarsien, phalange, articulations métatarso-phalangiennes et interphalangiennes		
+ 02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28)	110,00	5
+ 02691	réduction fermée avec embrochage percutané (PG-28)	160,00	5
	chaque métatarsien ou phalange additionnel (*)	40,00	
+ 02731	réduction ouverte un (PG-28)	172,00	6
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le) (*)	50,00	
	<i>Incision - drainage</i>		
+ 09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28)	110,00	6
+ 09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28)	110,00	6
+ 09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcaneum ou d'astragale (PG-28)	199,00	6
+	<i>Manipulation et immobilisation</i>		
+ 09532	un ou deux pieds pour correction de difformité	115,00	4
	<i>Ostéotomie</i>		
+ 02060	calcaneum, astragale ou tarse	365,00	6
+ 09524	métatarse (PG-28)	132,00	6
+ 09563	phalange (PG-28)	132,00	6

AVIS :

(*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
<i>Reconstruction</i>			
+	transposition et réinsertion tendineuse, pied et cheville		
+ 09530	un.....	397,00	5
+ 09531	plusieurs	530,00	6
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
+ 09528	un.....	180,00	6
+	chaque articulation additionnelle du même pied (*) ..	70,00	
02049	syndactylie pour orteil	116,00	5
+ 02422	correction de chevauchement du 5e orteil, toute techni- que (PG-28)	199,00	6
+ 18074	correction de malformation congénitale de l'avant-pied chez l'enfant de 16 ans ou moins incluant la polydactylie	250,00	6
	NOTE : Le service médical codé 18074 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'Appareil musculo-squelettique, au même pied, à la même séance.		
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
+ 09564	un.....	115,50	6
#	chaque orteil additionnel du même pied (*)	23,00	
+ 02550	arthroplastie de résection interphalangienne incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (PG-28)	115,50	6
#	chaque orteil additionnel du même pied (*)	23,00	
	ténotomie ouverte ou fermée		
+ 18075	un orteil (PG-28)	121,50	5
+ 18076	plusieurs orteils (PG-28)	146,50	5
+ 18077	fascia plantaire (Steindler) (PG-28)	130,00	5

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services
dans la case UNITÉS.

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
+	Correction d'hallux valgus ou varus		
	correction d'hallux valgus ou varus incluant, le cas échéant, la sésamoïdectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
+ 09593	sans ostéotomie incluant la chéilectomie ou l'excision partielle de la phalange proximale, le cas échéant (PG-28)	180,00	6
+ 02069	avec ostéotomie distale du premier métatarsien (PG-28)	237,50	6
+ 18078	avec ostéotomie diaphysaire ou proximale du premier métatarse ou arthrodèse cunéo-métatarsienne (PG-28)	300,00	6
+ 09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (PG-28)	331,00	5
	arthroplastie par prothèse métatarso-phalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
+ 09595	hémi-arthroplastie (PG-28)	225,50	6
+ 09596	arthroplastie totale (PG-28)	265,00	6
	pied bot ou astragale vertical		
02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant.	341,00	6
+ 02556	relâchement antérieur	341,00	7
+ 02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	450,00	7
+ 02560	relâchement postéro-médian	675,00	12
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	reprise d'un relâchement postéro-médian.	902,00	15
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		

		R = 1	R = 2
BOURSE SÉREUSE			
<i>Drainage</i>			
+ 02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	132,00	6
<i>Excision</i>			
+ 02212	bourse calcanéenne (talon)	132,00	5
+ 02236	bourse olécrânienne (PG-28)	132,00	5
02235	bourse huméro-radiale	120,00	4
+ 02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétibiale	110,00	5
+ 02255	bourse périrochantérienne	110,00	5
+ 02233	bourse sous-deltoidienne	132,00	5
+ 09534	bourse ischiatique	180,00	5
<i>Incision - exérèse</i>			
02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	132,00	5
MUSCLES			
<i>Allongement</i>			
09535	allongement musculaire (PG-28)	265,00	4
<i>Exérèse</i>			
+ 02190	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale simple	110,00	6
02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu	240,00	5
<i>Excision</i>			
+ 09536	raccourcissement musculaire	180,00	6
+ 02208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28)	199,00	6
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28)	331,00	6
02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	240,00	6
+ 02023	section du sterno-cléido-mastoïdien (torticolis congénital)	240,00	6
+ 02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	199,00	5
+ 02152	excision tumeur bénigne (PG-28)	180,00	5
02153	excision tumeur maligne (PG-28)	397,00	5
02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	341,00	8
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Reconstruction - réparation</i>			
02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale) .	255,00	7
+ 02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (PG-28)	155,00	6
02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral	495,00	10
TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS			
<i>Excision</i>			
	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
+ 02201	une (PG-28)	132,00	6
+ 02202	plusieurs (PG-28)	205,00	6
+ 09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28)	105,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+ 02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	199,00	5
+ 02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	105,00	5
+ 02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	240,00	6
<i>Incision et exérèse</i>			
+ 02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (PG-28)	95,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.		
+ 02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (PG-28)	116,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
+ 09597	Ténolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28)	280,00	6
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		
02327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28)	150,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

		R = 1	R = 2
<i>Suture et reconstruction</i>			
	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, cheville, pied		
+ 02396	tendon extenseur (du même membre) (PG-28) (*) . . .	137,50	6
	maximum	412,50	
02397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28) (*)		
	réparation immédiate ou tardive	210,00	5
	maximum	630,00	
+ 02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc.		
	un tendon (PG-28) (*)	198,00	6
	maximum	792,00	
02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	255,00	7
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	340,00	8
18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28)(*)	396,00	6
	maximum	792,00	
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
18057	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28)	281,00	5
	Reconstruction d'un tendon		
+ 18061	greffe tendineuse (PG-28)	240,00	5
	greffe tendineuse incluant reconstruction des poulies		
18058	en un temps (PG-28)	360,00	8
	en deux temps		
18059	premier temps (PG-28)	360,00	8
18060	deuxième temps (PG-28)	300,00	6
+ 02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinsertion tendineuse et/ou broche percutanée (PG-28)	120,00	6
<i>Transplantation</i>			
+ 02368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation	250,00	7
09582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent	480,00	8

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.

DIVERS

AVIS : Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction. La rémunération de l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans les honoraires de la visite ou de la prestation de soins principale.

	application de stimulateurs électriques		
02488	externes	132,00	4
02489	percutanés	107,40	4
02490	internes	171,00	5
+ 02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle.	110,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre service par le même médecin ou un médecin de la même discipline à la même séance.		
+ 02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	113,00	6
02301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28) (*)	25,00	4
+ 02328	exérèse de prothèse ailleurs	132,00	6
+ 02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28) (*)	110,00	6
02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	13,00	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
+ 09547	os majeur	132,00	6
09546	os mineur	120,00	4
+ 02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28)	132,00	6
02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne	132,00	5

AVIS : (*) Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
02381	prise de greffon osseux par un chirurgien d'une spécialité autre que le premier intervenant (PG-28)	132,00	
+ 02325	réajustement d'un fixateur externe sous anesthésie générale, incluant si nécessaire, le changement d'une ou plusieurs broches ou le changement d'une autre composante du fixateur, ou les deux		
	unilatéral	199,00	7
02957	stimulation de la croissance par corps étranger os majeurs	125,00	4

Prélèvements chez un cadavre

NOTE : La règle 8 de l'addendum 4 de chirurgie ne s'applique pas aux prélèvements chez un cadavre.

Prise de greffon entier pour allogreffe, incluant la préparation, l'emballage et la culture.

AVIS : Les actes suivants de 02423 à 02431 et 02530 sont payables par la Régie, même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur Québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.

02430	astragale	199,00
02423	bassin	397,00
02431	calcanéum	110,00
02424	fémur incluant la tête et le col fémoral	331,00
02428	humérus	265,00
02530	peau	300,00
02429	radius ou cubitus	240,00
02427	tibia	265,00

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
	<i>Réimplantation (après amputation complète avec suture de nerfs, artères, veines, sous microscope)</i>		
	<u>AVIS :</u> Joindre le compte rendu opératoire.		
	NOTE : La règle 8.1 de l'Addendum 4 de la chirurgie ne s'applique pas aux actes de cette rubrique		
02355	avant-bras	1 400,00	18
02356	bras	1 400,00	18
02352	doigt (incluant au moins une articulation) (PG-28)	1 000,00	18
02357	épaule	1 800,00	18
02354	poignet	1 400,00	18
	Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence		
19052	Forfait par période de 24 heures	3 600,00	
	<u>AVIS :</u> Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante : - XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; - le code d'établissement dans la case appro- priée; - le code d'acte 19052 dans la case ACTES; - les honoraires correspondants et reporter dans la case TOTAL. Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte. Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.		
18000	Pour le rôle 2		18
	<u>AVIS :</u> Le numéro d'assurance maladie de la personne assurée doit être inscrit dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. Voir la règle 13 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique.		

INDEX

Page

SYSTÈME RESPIRATOIRE	H-2
Nez	H-2
Nasopharynx.....	H-4
Sinus.....	H-4
Larynx	H-5
Trachée	H-7
Bronches.....	H-8
Médiastin.....	H-8
Poumons et plèvre.....	H-8

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

NEZ*Incision*

+03000	Abcès ou hématome de la cloison : drainage	23,10	5
+03003	drainage avec implantation immédiate de substance	105,40	6
+03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	96,80	6

Excision

03160	Polypectomie nasale : unique (PG-28)	30,00	4
+03172	multiple (PG-28)	45,00	5
+03173	multiple bilatérale (PG-28)	86,00	5
03161	polype des choanes	45,00	4
+03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	145,00	6
	Amenuisement d'un ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie)		
03202	sous anesthésie locale	21,50	
+03203	sous anesthésie générale	91,40	5
03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, sous anesthésie générale, toutes techniques, supplément.	30,10	
	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser :		
+03208	pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx (PG-28)	119,00	5
+03209	pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx	140,00	5
03239	Amputation nasale	290,00	4

Réparation

03301	Cautérisation de cornet, unilatérale (PG-28)	21,50	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé en même temps que l'amenuisement d'un ou de plusieurs cornets.		
+03320	Septodermoplastie (PG-28)	194,00	5
+03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic et la collumelloplastie, le cas échéant (PG-28)	194,00	6
+03343	Cure de sténose de valves nasales	C.S.	5

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

Spécialistes
H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

		R = 1	R = 2
	Cure de perforation de la cloison		
03318	sans greffon.	242,00	4
03319	avec prélèvement de greffon provenant d'un autre site,		
	toutes techniques (PG-28)	484,00	8
+ 03367	Mise en place d'un bouton de silastic.	64,50	6
	Septorhinoplastie :		
	partielle incluant la collumelloplastie, le cas échéant,		
	mais excluant les ostéotomies		
+ 03308	par voie endonasale (PG-28)	247,00	6
03309	par voie externe (décortication de la pyramide		
	nasale)	301,00	5
	complète (reconstruction de la cloison et des pyrami-		
	des nasales incluant collumelloplastie)		
03225	par voie endonasale (PG-28)	349,00	5
03226	par voie externe (décortication de la pyramide		
	nasale) (PG-28)	403,00	8
+ 03325	Collumelloplastie seule (PG-28)	145,00	6
03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou		
	totale, post-traumatique ou postchirurgicale (PG-28) . . .	360,00	6
03327	Grefe composée	150,00	6
+ 03328	Rhinophyma : rasage (PG-28)	200,00	7
03329	Correction plastique d'un rhinophyma	C.S.	6
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
	Chirurgie corrective de rhinite atrophique :		
+ 03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	145,00	6
03331	par greffe autogène.	200,00	5
	Atrésie d'une choane :		
03340	approche nasale antérieure sous microscope.	242,00	12
03341	ponction et insertion de tube	64,50	12
03342	approche par voie transpalatine.	339,00	12
+ 03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de		
	plaques silastic (PG-28).	48,40	5
	Manipulation		
	Épistaxis :		
03804	cautérisation de la cloison, unilatérale	8,60	4
03806	électrocautérisation, unilatérale	25,80	4
	tamponnement nasal		
+ 03809	antérieur et postérieur	32,30	5
+ 03807	tube gonflable.	64,50	5
+ 03808	par mèche et tampon rhinopharyngé	96,80	6
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	145,00	5
03810	ligature intranasale de l'artère sphéno-palatine (PG-28)	269,00	8
	Corps étranger		
	Extraction de corps étranger du nez :		
+ 03002	par rhinotomie	35,50	5
03194	par rhinoscopie	21,50	4
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie géné-		
	rale.	48,40	4

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE**Spécialistes****R = 1 R = 2****NASOPHARYNX***Excision*

	Exérèse de tumeur :		
+ 03165	par voie intranasale	96,80	6
03166	par voie transpalatine	242,00	6
+ 03167	par voie nasopharyngée	145,00	6
03168	par voie cervicale (*)	C.S.	6
	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur :		
03158	bénigne	96,80	5
+ 03159	maligne	215,00	5
+ 03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane (*)	C.S.	5
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome (*)	C.S.	8

Réparation

03337	Réparation de fistule oro-nasale	64,50	4
03338	Correction de difformités post-sinusectomie radicale . . .	150,00	4
03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	473,00	8
03369	avec greffe adipeuse (supplément)	96,80	
03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du nasopharynx	48,40	4

SINUS*Incision*

+ 03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne et infundibulectomie, le cas échéant) (PG-28)	108,00	6
+ 03008	Sinusotomie frontale par voie externe toutes techniques	145,00	6
03005	Sinusotomie sphénoïdale	108,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.		
03006	Installation d'un tube d'irrigation maxillaire MAST (maxillary antrum sinusotomy tube)	60,00	5
03007	Installation d'un tube d'irrigation ethmoïdienne TIE	100,00	5

Excision

+ 03105	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) : unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant (PG-28)	188,00	6
+ 03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (PG-28)	172,00	5
03215	Sinusectomie frontale externe radicale	344,00	6

AVIS :

(*) Voir la règle 16 du préambule général.

Spécialistes

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

		R = 1	R = 2
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
+03110	antérieure unilatérale (PG-28)	140,00	6
+03111	antérieure et postérieure unilatérale (PG-28)	161,00	6
03112	avec sphénoïdectomie (PG-28)	194,00	5
03113	avec sphénoïdectomie (PG-28)	237,00	5
+03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale	258,00	6
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie, le cas échéant :		
+03210	par voie intranasale	140,00	6
03211	par voie transpalatine	323,00	5
	NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire	387,00	6
03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire	441,00	10
	avec exentération de l'orbite :		
03237	sans exérèse du plateau palato-dentaire	441,00	10
03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire	548,00	12
03246	Sinusectomie sphénoïdale par voie transseptale	269,00	6
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie transantrale		
03247	ligature de l'artère maxillaire interne (PG-28)	339,00	6
03248	ganglionectomie sphéno-palatine	320,00	7
+03249	section de V2	339,00	7
03250	biopsie	339,00	6
+03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale	320,00	7

Réparation

03339	Fermeture de fistule oro-antrale par Caldwell-Luc avec ou sans lambeau	269,00	5
03347	Reconstruction du canal naso-frontal avec greffe ou lambeau incluant la sinusectomie frontale et l'installation de la prothèse (PG-28)	366,00	8
03332	Cure intranasale d'écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR)	269,00	15
03375	au cours d'une autre intervention, supplément	108,00	

LARYNX*Incision*

03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	339,00	6
+03018	Thyrotomie : pour sténose laryngée	C.S.	7

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Introduction			
	Laryngoscopie incluant la biopsie :		
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, unilatérale		
+ 03039	directe (PG-23)	117,00	6
+ 03040	à suspension (PG-23)	140,00	6
+ 03041	au microscope (PG-23)	150,00	6
	avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, bilatérale :		
+ 03042	directe (PG-23)	140,00	6
+ 03043	à suspension (PG-23)	167,00	6
+ 03044	au microscope (PG-23)	175,00	6
+ 03045	avec injection de substance plastique pour combler une corde vocale (PG-23)	180,00	6
03046	microchirurgie sous-glottique au laser.	269,00	6
Excision			
	Laryngectomie incluant la myotomie du crico-pharyngé, le cas échéant		
03114	partielle (fronto-latérale ou verticale)	511,00	8
03115	sus-glottique	618,00	10
03220	totale	591,00	13
03221	totale et thyroïdectomie totale	779,00	15
03222	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	699,00	15
	Aryténoïdopexie et/ou aryténoïdectomie :		
+ 03241	par voie endolaryngée	242,00	5
+ 03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	270,00	5
+ 03242	par voie externe	290,00	6
03243	reconstructive (laryngectomie)	400,00	8
03244	Médialisation de cordes vocales par implant laryngé ajustable incluant l'ajustement per-opératoire et toute endoscopie	538,00	6
03223	Épiglottectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	504,00	6
	Pharyngo-laryngectomie :		
03227	totale	672,00	12
03228	totale et thyroïdectomie totale	860,00	18
03229	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	779,00	18
Réparation			
03349	Laryngoplastie (*)	C.S.	8
03363	Cure de laryngocèle (*)	C.S.	8
03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	194,00	5
+ 03364	Fistulisation externe post-laryngectomie pour réhabilitation (*)	C.S.	7
03334	Réinnervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	672,00	8

AVIS :

(*) Voir la règle 16 du préambule général.

		R = 1	R = 2
TRACHÉE			
<i>Incision</i>			
03019	Trachéotomie (PG-28)	129,00	7
03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément	64,50	
03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	140,00	5
<i>Excision</i>			
	Résection trachéale avec reconstruction		
03178	trachée cervicale (approche extrathoracique)	826,00	10
03179	trachée cervicale incluant le cricoïde	1 161,00	12
03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	1 143,00	12
03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	1 080,00	15
<i>Réparation</i>			
	Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :		
+03315	par excision de tissu cicatriciel	108,00	6
+03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	161,00	6
+03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (PG-28)	194,00	6
	Fermeture de fistule :		
03351	trachéale post-traumatique	258,00	5
03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	722,00	12
+03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autres	258,00	6
	Trachéoplastie :		
03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	516,00	8
03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie	914,00	12
	Trachéorraphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique):		
03353	cervicale	452,00	10
03355	au niveau thoracique	672,00	12
03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	929,00	15

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
BRONCHES			
<i>Réparation</i>			
03357	Bronchoplastie : correction de sténose et anastomose	896,00	12
03372	Fistule broncho-pleurale fermeture simple par thoracotomie	609,00	12
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	784,00	12
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	609,00	12
<u>AVIS :</u> Incrire la raison de la bronchotomie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEI- GNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
MÉDIASTIN			
<i>Incision</i>			
+ 03035	Médiastinotomie pour exploration ou drainage : voie cervicale	240,00	6
03036	voie thoracique	280,00	8
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	350,00	12
<i>Excision</i>			
03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin . . .	633,60	10
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	711,00	12
03240	Thymectomie	711,00	10
<i>Réparation</i>			
03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoraci- que ou cervicale	619,00	8
POUMONS ET PLÈVRE			
<i>Incision</i>			
03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire	180,00	8
Thoracotomie :			
03026	pour contrôle d'hémorragie	330,00	12
03028	exploratrice, avec exérèse de corps étranger	330,00	12
03120	exploratrice avec biopsie	300,00	12
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	385,00	12
03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bul- les d'emphysème ou les trois	429,00	10
03017	pleurectomie partielle, supplément	28,00	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réani- mation cardiorespiratoire	116,00	10

		R = 1	R = 2
03031	Décortication totale du poumon, non complémentaire à un autre acte chirurgical associé à la même séance opératoire	609,00	12
	<i>Excision</i>		
03122	Résection cunéiforme (Wedge) ou énucléation	300,00	12
03140	chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément	50,00	
03124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire	711,00	12
03125	Lobectomie simple avec ou sans évidence ganglionnaire	672,00	12
03162	pneumonectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément	200,00	
03126	segmentectomie additionnelle, supplément	127,00	
03127	lobectomie moyenne (côté droit) supplément	127,00	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	190,00	
03129	avec bronchoplastie, supplément	127,00	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément	23,10	
03131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prosthétique, tous types, supplément	190,00	
03132	Lobectomie avec ou sans évidence ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast Pneumonectomie simple	770,00	15
03133	avec ou sans évidence ganglionnaire	864,00	12
03134	avec péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	63,00	
03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	63,00	
03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	190,00	
03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	264,00	
03138	Pneumonectomie extrapleurale	813,00	12
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysema-teuse diffuse	635,00	12
03139	Lobectomie, réintervention plus de 30 jours après l'intervention initiale, supplément	180,00	
03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	330,00	10
03252	réintervention plus de 30 jours après, supplément . . .	111,00	
	<i>Réparation</i>		
03365	Réparation de lésion traumatique pulmonaire pénétrante	C.S.	12

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Collapsothérapie</i>			
Thoracoplastie, incluant apicolyse :			
03374	premier stade		
	minimum de trois côtes	212,00	6
	chaque côte additionnelle	63,60	
<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de côtes dans la case UNITÉS.</i>			
+03311	deuxième stade	129,00	6
03312	troisième stade	127,00	5
Pneumolyse :			
03313	intrapleurale	120,00	4
03314	extrapleurale	180,00	4
03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	60,00	4

CHIRURGIE CORONARIENNE*Réparation*

	Thrombo-endartérectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
04601	unique (toute technique) (PG-23)	832,00	18
04602	deux (toute technique) (PG-23)	1 024,00	18
04603	trois (toute technique)	1 217,00	18
04604	quatre (toute technique)	1 283,00	18
04605	cinq (toute technique)	1 344,00	18
04606	six et plus (toute technique)	1 471,00	18
	Prélèvement de greffons artériels autologues		
04607	un greffon (toute technique), supplément (PG-23)	96,00	
04611	deux greffons (toute technique), supplément (PG-23) .	128,00	
04612	trois greffons ou plus (toute technique), supplément . .	160,00	
04608	Chirurgie coronarienne à cœur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément	262,00	
	NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		
04610	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)	1 815,00	18

STIMULATEUR CARDIAQUE**AVIS :** Voir la Lettre d'entente n° 60 .

	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
04825	une électrode (PG-23)	250,00	7
04826	deux électrodes (PG-23)	315,00	7
04827	par voie thoracique, supplément (PG-23)	100,00	1
+ 04829	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23)	150,00	7

	Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s) par voie fermée (endovasculaire)		
04834	une électrode (PG-23)	106,00	6
04535	électrodes supplémentaires, par électrode (PG-23) .	100,00	

AVIS : Inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS et le nombre total d'électrodes enlevées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

04541	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23) . .	50,00	
04549	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23)	450,00	8
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur, incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
04839	aucune électrode réimplantée (PG-23)	210,00	7
04840	une électrode (PG-23)	368,00	8

J - SYSTÈME CARDIAQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
04841	deux électrodes (PG-23)	423,00	8
+ 04842	Remplacement de générateur du cardiostimulateur (PG-23)	106,00	7
04843	du défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardio- version et la réanimation par le chirurgien (PG-23)	315,00	8

CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE

04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opé- ratoire (toute technique), supplément (PG-23)	256,00	
	Technique d'ablation :		
04622	section de faisceau accessoire (WPW) par cardiectomie et/ou par cryothermie (toute technique) (PG-23)	640,00	15
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04624	par résection endocardique ou par cryochirurgie pour tachycardie ventriculaire (toute technique) (PG-23) . . .	529,00	15
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04619	myocardique auriculaire (procédure de MAZE) toutes voies d'approche, incisions, radiofréquence ou autre .	800,00	

APPAREIL VASCULAIRE**THORACIQUE***Chirurgie congénitale*

04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (toute technique) (PG-23)	1 280,00	12
04631	Correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant la correction de la coarctation de l'aorte, ligature du canal artériel et la fermeture de CIA ou de CIV ou la réparation d'une sténose sous-aortique « C » (PG-23)	3 000,00	12
04632	Réparation d'anneau vasculaire (PG-23)	768,00	12
04633	Encerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	726,00	12
04634	Désencerclage de l'artère pulmonaire (PG-23)	768,00	12
	Anastomose :		
04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (PG-23)	896,00	12
04638	cavo-pulmonaire (PG-23)	1 210,00	12
04639	correction de fenêtré aorto-pulmonaire (PG-23)	1 301,00	18
04598	anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante incluant le shunt systémo-pulmonaire, le cas échéant « C » (PG-23)	1 800,00	18
04621	réparation de retour veineux partiel anormal (PG-23) . .	907,00	18
04626	réparation de retour veineux total anormal (PG-23) . . .	1 814,00	18
04627	réparation de sténose des veines pulmonaires (PG-23)	1 814,00	18
04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (PG-23)	640,00	15

Spécialistes

J - SYSTÈME CARDIAQUE

		R = 1	R = 2
04717	Fémoro-pédieux ou plantaire : prothèse synthétique	560,00	12
04718	prothèse veineuse incluant la fermeture de fistules artério-veineuses	726,00	12
04719	Pontage fémoro-fémoral associé à un pontage fémoro- poplité ou fémoro-tibial ou pédieux ou péronier	792,00	12
04720	Pontage aorto-fémoral uni ou bilatéral associé à un pontage fémoro-poplité ou fémoro-tibial ou fémoro- péronier	1 265,00	15
04721	Pontage séquentiel d'un membre inférieur (deux anas- tomoses distales)	924,00	12
04722	Prélèvement de greffon artériel ou veineux (pour pon- tage d'une artère d'un membre) autre que la saphène interne ipsilatérale, supplément	110,00	
04723	Angioplastie étendue (au-delà de 2,5 cm) avec patch ou greffon	672,00	12
<i>Autres pontages</i>			
	Artères carotide ou vertébrale ou sous-clavière ou axil- laire ou humérale ou radiale ou cubitale avec ou sans shunt, incluant l'infiltration du sinus carotidien, le cas échéant :		
04725	pontage par prothèse synthétique	672,00	12
04726	pontage par prothèse veineuse (toute technique) . .	711,00	12
04727	Pontage ou dérivation carotido-sous-clavière ou verté- brale	784,00	12
04728	Embolisation de l'artère carotide, incluant la ligature (toute technique) (*)	C.S.	12
04729	Exérèse de pince de salibi ou autre sur la carotide interne (toute technique) (*)	C.S.	8
	Pontage extra-anatomique :		
04732	axillo-fémoral	784,00	12
04733	fémoro-fémoral	672,00	12
04734	sous-clavier - sous-clavier	711,00	12
04735	axillo-bi-fémoral	770,00	15
	Au cours d'une intervention vasculaire périphérique :		
04736	Angioplastie transluminale d'une ou plusieurs sté- nose(s), à un ou des site(s) différent(s) du site de l'intervention, sous contrôle angiographique, supplé- ment	100,00	
04737	Mise en place d'une prothèse artérielle, supplément	35,00	

AVIS : (*) Voir la règle 16 du préambule général

J - SYSTÈME CARDIAQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Divers</i>		
04740	Révision d'un pontage ou d'une endartérectomie ou d'une angioplastie ouverte, pour hémorragie	300,00	12
04741	Thrombolyse per-opératoire intra-artérielle sous surveillance médicale, supplément	50,00	
	Anastomose :		
04743	porto-cave	680,00	15
04744	spléno-rénale	720,00	18
04745	mésentérico-cave	960,00	18
04746	Ligature ou plicature ou les deux de la veine cave inférieure lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	125,00	
	<i>Hémodialyse</i>		
04748	Création de fistule artério-veineuse avec ou sans greffe	300,00	10
04749	Exérèse de prothèse vasculaire infectée	200,00	10
	<i>Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse</i>		
04752	Thrombectomie par voie ouverte	165,00	6
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	300,00	10
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	220,00	8
+ 04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	110,00	7
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	110,00	
	<i>Réparation de fistules artério-veineuses excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie</i>		
+ 04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse	100,00	7
04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus	150,00	6
04760	majeures	C.S.	12

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux trois actes ci-dessus.

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
	Réparation d'une artère ou d'une veine abdominale ou de la jugulaire interne ou de la carotide par :		
04762	suture simple	672,00	10
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (PG-23)	784,00	12
04764	pontage (prothèse) (toute technique)	530,00	12
04765	pontage par autogreffe veineuse (toute technique)	590,00	15
	Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :		
04768	suture simple (PG-28)	250,00	8
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	560,00	8
04770	pontage (prothèse)	480,00	10
04771	pontage par autogreffe veineuse	576,00	10
	Réparation pour traumatisme artériel et veineux au niveau de l'abdomen ou du cou		
04772	suture simple (toute technique)	555,00	12
04773	par angioplastie ou pontage	841,00	15
	au niveau des extrémités		
04774	suture simple	375,00	8
04775	par angioplastie ou pontage	825,00	12
-----	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	(Voir musculo-squelettique)	
-----	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	(Voir musculo-squelettique)	
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	114,00	6
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	420,00	6
04778	Ligature de la veine fémorale (toute technique)	190,00	5
VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX			
+04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	90,00	6
04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	90,00	5
+04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (PG-28)	240,00	6
+04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	300,00	6

J - SYSTÈME CARDIAQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
+04786	une incision.	60,00	5
+04787	deux incisions.	74,00	5
+04788	trois incisions ou plus.	88,00	5
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4.		
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse		
04790	une incision.	14,00	
04791	deux incisions.	28,00	
04792	trois incisions ou plus.	42,00	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4.		
+04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompetentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	300,00	6
04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	240,00	4
+04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récursive de varices	120,00	6
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	100,00	5
04799	sous-aponévrotique	200,00	5

INDEX

Page

SYSTÈME LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE.....	K-2

**K - SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET
HÉMATOPOÏÉTIQUE**

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Excision

+04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)	129,00	6
+04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)	120,00	6
+04162	Réssection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (PG-28)	120,00	6
04160	Réssection locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui)	C.S.	5
AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.			
04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	560,00	8
04257	Splénectomie chez le cadavre	180,00	
	Rupture de la rate, réparation par :		
04250	suture (non iatrogénique)	560,00	10
04166	suture (iatrogénique)	300,00	
04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	672,00	10
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	480,00	10
04236	Bouton osseux	37,00	4
	Evidement cervical :		
04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	645,00	10
04234	total	538,00	10
04242	bilatéral, toutes techniques	914,00	12
04238	sus-hyoidien	242,00	7
	Evidement des ganglions lymphatiques :		
04243	région inguinale superficielle	420,00	6
04244	régions iliaque et inguinale superficielle et profonde (ilio-inguino-fémorales)	631,00	10
04240	région axillaire	300,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être réclamé avec une chirurgie mammaire dans la même séance		
04199	Exérèse d'un ou plusieurs ganglion(s) sentinelle(s) au même site, comprenant toute la procédure d'identification et de localisation, n'incluant pas la dissection radicale	200,00	6

INDEX

Page

SYSTÈME DIGESTIF	L-2
Lèvres.....	L-2
Bouche.....	L-2
Dents et gencives	L-3
Langue.....	L-4
Palais et luette.....	L-5
Amygdales et adénoïdes.....	L-6
Pharynx.....	L-6
Glandes salivaires.....	L-7
Oesophage.....	L-7
Estomac.....	L-9
Intestin (à l'exception du rectum).....	L-10
Appendice	L-12
Rectum.....	L-12
Anus.....	L-14
Foie.....	L-15
Voies biliaires	L-15
Pancréas.....	L-17
Abdomen, péritoine et épiploon.....	L-17
ANNEXE : Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie	L-20

L - SYSTÈME DIGESTIF

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « D » inclut toute autre intervention du présent onglet pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

LÈVRES*Excision*

+05112	Résection en V de la lèvre incluant la réparation plastique (PG-28).....	150,00	6
05113	Section du frein de la lèvre supérieure.....	30,10	4
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre.....	134,00	5

Réparation

	Fissure labiale :		
05320	unilatérale.....	360,00	8
05321	bilatérale en un temps.....	420,00	8
05322	bilatérale en deux temps, chacun.....	300,00	8
05316	correction de la pointe du nez, supplément.....	125,00	
05317	correction de la crête alvéolaire, supplément.....	125,00	
	Chirurgie itérative pour fissure labiale		
05318	reprise complète de labioplastie post-fissure labiale congénitale.....	450,00	8
05319	correction mineure de labioplastie post-fissure labiale congénitale.....	225,00	8
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps.....	350,00	8
05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (chéiloplastie).....	300,00	7

BOUCHE*Incision*

+05001	Drainage d'un abcès sublingual : traitement complet ..	96,80	5
+05002	Drainage d'angine de Ludwig, traitement complet	140,00	5

Excision

+05173	Excision simple ou marsupialisation d'une lésion bénigne ou d'un kyste (PG-28).....	43,00	5
+05161	Excision de grenouillette.....	108,00	5

Spécialistes
L - SYSTÈME DIGESTIF

		R = 1	R = 2
+05034	Excision de lésion maligne : 2 cm ou moins	86,00	5
+05035	plus de 2 cm	129,00	5
05158	Si l'excision maligne est combinée avec une dissection radicale, la dissection radicale du cou est rémunérée selon les normes de l'addendum de chirurgie. Résection composée de lésion de la cavité buccale ou de l'oro-pharynx ou les deux, incluant la glossectomie partielle, le cas échéant, avec résection partielle ou ostéotomie de la mandibule	591,00	12
05159	désarticulation du condyle, supplément	50,00	
DENTS ET GENCIVES			
<i>Incision</i>			
+05004	Incision d'un abcès alvéolo-dentaire et drainage	25,80	6
05100	Réimplantation d'une dent avulsée ou reposition d'une dent déplacée par traumatisme simple	28,00	5
+05101	compliquée (immobilisation par fil métallique)	34,40	6
<i>Excision</i>			
+05168	Kyste dentaire	96,80	6
05208	Alvéolectomie : premier centimètre chaque centimètre additionnel maximum	48,40 21,50 349,40	5
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.			
+05202	Gingivectomie (*)	C.S.	6

AVIS : (*) Voir la règle 16 du préambule général.

L - SYSTÈME DIGESTIF

Spécialistes

		R = 1	R = 2
+05203	Extraction dentaire : une dent chaque dent additionnelle au cours de la même séance opératoire.	12,90 6,45	6

AVIS : *L'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin dans un centre hospitalier est assurée uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 10 ans. Toutefois, ces services demeurent assurés sans égard à l'âge lorsqu'ils sont rendus à des prestataires de la sécurité du revenu qui présentent un carnet de réclamation valide.*

Les services d'anesthésie-réanimation et de radiographie reliés à un service dentaire non assuré ne sont pas assurés, à l'exception des services d'anesthésie-réanimation reliés à un service dentaire rendu dans un centre hospitalier (réf. : Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, article 22r et s).

+05014	Contrôle de l'hémorragie dentaire (à une séance différente de celle de la chirurgie dentaire).	24,00	6

LANGUE

AVIS : *La réparation de lacérations de la langue est payable sous le code d'acte 01316, 01317, 01323 ou 01325.*

Incision

05006	Libération du frein de la langue : bénéficiaire de plus de 2 ans.	25,80	4
05007	Abcès de la langue (traitement complet).	C.S.	4

AVIS : *Voir la règle 16 du préambule général.*

Excision

05066	Excision de lésion bénigne de la langue 2 cm ou moins plus de 2 cm.	43,00 86,00	4 5
+05068	Excision de lésion maligne de la langue 2 cm ou moins plus de 2 cm ou glossectomie subtotale.	129,00 183,00	5 6

		R = 1	R = 2
PALAIS ET LUETTE			
<i>Incision</i>			
05008	Abcès du palais	25,80	4
05009	Fénelstration du palais pour radiothérapie	25,80	4
<i>Excision</i>			
+05120	Uvulectomie (excision de la luette)	25,80	5
+05124	Résection du palais ou exérèse d'une lésion étendue du palais	194,00	6
<i>Réparation</i>			
05329	Fissure palatine en un ou deux temps, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans lambeau du vomer	450,00	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	280,00	7
05133	séance subséquente de traitement, incluant la visite, maximum de 3 par période de 12 mois	43,00	
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 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.			
<u>AVIS :</u> Pour les codes d'acte 05131 et 05135, joindre le rapport polysomnographique.			
05335	Fistule palatine	300,00	8
05337	Reconstruction de la crête alvéolaire, avec ou sans greffe osseuse, avec ou sans correction de fistule palatine, pour une déficuosité 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.			

L - SYSTÈME DIGESTIF**Spécialistes**

		R = 1	R = 2

AMYGDALES ET ADENOÏDES*Incision*

+05021	Abcès périamygdalien, ouverture.	25,80	5

Excision

05177	Exérèse d'une tumeur bénigne d'amygdale	96,80	5
05228	Amygdalectomie (avec ou sans adénoïdectomie).	108,00	4
05216	Adénoïdectomie	75,30	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	43,00	
+05492	sous anesthésie générale	96,80	7

PHARYNX*Incision*

Incision, drainage et soins d'abcès :			
+05016	intra-oral	48,40	5
+05017	parapharyngé.	96,80	6
05018	réthropharyngé.	96,80	4
05003	myotomie du cricopharyngé	290,00	5

Excision

+05015	Exérèse apophyse styloïde.	145,00	6
+05126	Exérèse de fistule branchiale	242,00	6
05212	Pharyngectomie partielle (PG-28)	452,00	8

NOTE : Ne peut s'ajouter aux services médicaux codes d'acte 03220, 03115, 05158 et 05159.

+05172	Exérèse de kyste branchial.	242,00	6
+05153	Exérèse de kyste ou sinus thyroïdienne récidivant ou non récidivant	242,00	6
05176	avec hyoïdectomie partielle	296,00	6
+05178	Exérèse de sinus branchial.	172,00	6
05198	Exérèse de sinus et de fistule branchiaux récidivants . . .	344,00	7

Réparation

+05347	Suture d'une plaie du pharynx	96,80	6

GLANDES SALIVAIRES*Incision*

	Sialolithotomie :		
	par voie buccale :		
+05085	1/3 antérieur du canal	45,00	5
+05086	2/3 postérieur du canal	96,80	6
+05087	par voie externe.	96,80	6
+05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide : traitement complet	48,40	5
+05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire	48,40	5

Excision

+05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (PG-28).	48,40	5
05213	Exérèse de glande sous-maxillaire (PG-28)	242,00	5
05171	Exérèse de tumeur de la parotide (sans dissection du nerf facial) (PG-28).	242,00	5
05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial.	618,00	10

Réparation

+05340	Réfection du canal (plastie).	194,00	5
05351	Réimplantation du canal de Wharton, unilatérale	161,00	4
+05341	Fermeture d'une fistule salivaire	161,00	5
	Relocalisation des glandes sous-maxillaires		
05031	unilatérale	242,00	5
05032	bilatérale	450,00	7

Manipulation

+05801	Dilatation du canal	25,80	5

OESOPHAGE*Incision*

	Oesophagostomie ou oesophagotomie incluant l'exérèse de tumeur bénigne ou de corps étranger, le cas échéant		
+05019	cervicale	278,00	6
05020	thoracique	398,00	10
05033	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique avec ou sans myotomie, supplément	280,00	5

L - SYSTÈME DIGESTIF
Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
05128	Exérèse de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker)	452,00	6
05116	Cure de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker) incluant la myotomie du crico-pharyngien	560,00	8
05130	Résection locale avec anastomose bout à bout	518,00	12
05287	Oesophagectomie totale ou subtotale ou oesophago-gastrectomie incluant la vagotomie et l'interposition gastrique, toute voie d'approche	1 120,00	15
	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant.		
05289	Pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément.	105,00	
05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	1 188,00	18
	équipe de deux chirurgiens		
05220	chirurgien principal	1 008,00	18
05221	deuxième chirurgien	490,00	
05236	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	245,00	
05237	Oesophagectomie avec fistule cutanée et gastrostomie, sans anastomose	1 120,00	15
<i>Réparation</i>			
05348	Oesophagoplastie cervicale	480,00	6
05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	1 008,00	15
	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant.		
05285	pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	105,00	
05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller), toute voie d'approche	672,00	12
05344	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique, supplément	280,00	3
05067	Réparation d'une hernie hiatale incluant le procédé anti-reflux et la dilatation, le cas échéant, toute voie d'approche (PG-23)	698,00	12
05331	avec allongement de l'oesophage (cardiogastroplastie), toute voie d'approche, supplément (PG-23)	150,00	3
	Perforation ou rupture de l'oesophage :		
05356	voie cervicale	480,00	7
05357	voie thoracique ou abdominale ou les deux	672,00	12
05332	avec procédure antireflux, supplément	349,00	3
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne :		
05359	voie cervicale	199,00	5
05360	voie thoracique	784,00	10
05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne (PG-23)	896,00	15

		R = 1	R = 2
ESTOMAC			
<i>Incision</i>			
05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt) (PG-23)	350,00	10
+ 05023	Gastrostomie ou duodénostomie, temporaire ou permanente, par voie ouverte ou laparoscopique (PG-23)	350,00	6
05076	Vagotomie, toute voie d'approche (toute technique) « D »	483,00	8
05025	Gastrotomie avec exploration ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie ou mise en place de prothèse endoluminale	427,00	7
<i>Excision</i>			
Gastrectomie :			
05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	798,00	10
05226	totale incluant la vagotomie	855,00	12
05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	200,00	3
05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	150,00	
05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	245,00	
05132	résection en coin pour ulcère	490,00	6
<i>Réparation</i>			
05363	Pyloroplastie (PG-23)	490,00	7
05364	Pyloroplastie et vagotomie	560,00	7
Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie:			
05365	sans vagotomie	490,00	6
05366	avec vagotomie	560,00	7
Chirurgie pour obésité morbide, toute technique, toute voie d'approche:			
05355	Gastroplastie de réduction	672,00	12
05305	Gastroplastie prothétique ajustable	500,00	12
05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes les entéro-entérostomies	917,00	12
05307	avec cholécystectomie, supplément	210,00	
05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes les entéro-entérostomies	917,00	12
05309	avec cholécystectomie, supplément	210,00	
05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	589,00	8
+ 05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	360,00	6
05376	Gastrorrhaphie ou duodénorrhaphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiploplastie	360,00	10

INTESTIN (à l'exception du rectum)*Incision*

05108	Endoscopie de l'intestin par entérotomie ou colotomie lors d'une laparotomie, supplément	102,00	
05027	Iléostomie ou jéjunostomie (PG-23)	420,00	6
05238	Iléostomie ou jéjunostomie lors d'une autre chirurgie, supplément (PG-23)	210,00	
05029	Colostomie (PG-23)	420,00	6
05038	au cours d'une autre intervention, supplément	210,00	
05030	Caecostomie	420,00	6
05090	Entéro-entérostomie seule (grêle ou côlon) (PG-23)	490,00	8
05039	entéro-entérostomie (grêle ou côlon) au cours d'une autre intervention, supplément	245,00	
	Entérotomie ou colotomie incluant, le cas échéant, une ou plusieurs biopsies ou exérèse de corps étranger ou exérèse de tumeur		
05093	unique (PG-23)	420,00	7
05094	multiple (PG-23)	490,00	9
	Stricturoplastie pour maladie inflammatoire		
05097	unique	490,00	9
05098	additionnelle ou effectuée lors d'une autre chirurgie abdominale, chacune	150,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de stricturoplasties dans la case UNITÉS.

Excision

05121	Diverticule de Meckel (PG-23)	420,00	7
05110	exérèse de diverticule de Meckel au cours d'une autre intervention, supplément	210,00	
	Résection intestinale, sans anastomose :		
05136	intestin grêle ou côlon avec entérostomie incluant la fermeture du bout distal ou fistule muqueuse	672,00	10
05165	recto-sigmoïde avec colostomie et fermeture du bout distal (Hartmann) ou fistule muqueuse	784,00	10
05166	totale du côlon avec iléostomie et fermeture du bout distal ou fistule muqueuse	896,00	12
	Procto-colectomie totale et iléostomie :		
05233	un chirurgien	1 120,00	12
	deux chirurgiens :		
05234	chirurgien abdominal	896,00	12
05235	chirurgien périnéal	280,00	

Spécialistes
L - SYSTÈME DIGESTIF

		R = 1	R = 2
	Résection intestinale avec anastomose :		
05140	grêle (PG-23)	576,00	10
05152	grêle au cours d'une autre intervention, supplément . .	288,00	
05141	iléocaecale (PG-23)	672,00	10
05142	hémicolectomie droite (iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique)	672,00	10
05154	segment du côlon gauche ou transverse	672,00	10
05164	hémicolectomie gauche	672,00	10
05231	segment du côlon non contigu lors d'une autre résection colique, supplément	336,00	
05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie (PG-23)	896,00	12
	colectomie totale avec formation d'un réservoir iléal et anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation		
05279	un chirurgien	1 260,00	15
	deux chirurgiens		
05280	chirurgien abdominal	1 008,00	15
05281	chirurgien périnéal	280,00	
05282	conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation	1 008,00	15
05026	avec résection rectale dans un même temps, supplément	336,00	
	Réparation		
	Révision d'entérostomie (grêle ou côlon)		
+ 05382	sus-fasciale	221,00	7
05383	sous-fasciale	333,00	7
05397	Transposition d'entérostomie (grêle ou côlon) dans un autre site avec ou sans laparotomie	560,00	6
05377	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale, supplément	175,00	
05378	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale et plaque synthétique, supplément	285,00	
05389	Suture intestinale (lacération de part en part) (PG-23) « D »	300,00	7
05387	Suture intestinale au cours d'une autre intervention, par lacération, supplément (PG-23)	80,00	
05390	Fermeture d'entérostomie (grêle ou côlon) (PG-23)	420,00	8
05388	au cours d'une autre intervention, supplément (PG-23) .	210,00	
05393	Suture du mésentère post-traumatique sans autre intervention abdominale	420,00	7
05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale (PG-23) .	480,00	15
	Manipulation		
05805	Réduction de prolapsus	36,00	
05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	36,00	
05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie	44,00	

L - SYSTÈME DIGESTIF**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
05384	Occlusion intestinale : sans résection	420,00	7
05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale (PG-23)	420,00	7
05386	avec anastomose incluant la résection ou l'entéro-enté- rostomie (PG-23)	582,00	10
+05361	Cure d'iléus méconial incluant l'iléostomie (toute techni- que) (PG-23)	576,00	18
05369	Lavage colique per-opératoire par incision entérique uni- que ou multiple, incluant appendicectomie le cas échéant, supplément	60,00	

APPENDICE*Incision*

05036	Drainage d'abcès appendiculaire (PG-23)	280,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec l'acte codé 05201.		

Excision

05201	Appendicectomie toute voie d'approche (PG-23) « D » .	280,00	5
05209	exérèse de diverticule de Meckel, supplément (PG-23)	210,00	

RECTUM*Incision*

+05044	Ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischio- rectale, de l'espace pelvirectal supérieur ou de la loge rétro- rectale	140,00	5
+05045	Myotomie ou myectomie anorectale par voie périnéale .	300,00	6
	NOTE : Le service médical codé 05045 ne peut pas être utilisé lors d'une correction de fissure anale.		

Excision

+05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne ou vil- leuse du rectum.	180,00	6
+05182	Exérèse d'une tumeur vilieuse du rectum par voie anale	210,00	6
05183	Exérèse par voie anale d'une tumeur maligne du rectum	420,00	8
05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	896,00	12
05250	Rectotomie postérieure Kraskee.	490,00	7

Spécialistes
L - SYSTÈME DIGESTIF

		R = 1	R = 2
	Proctectomie :		
05240	résection antérieure.	784,00	12
05241	résection périnéale d'un rectum restant	592,00	10
	résection abdomino-périnéale avec colostomie :		
05242	un chirurgien.	1 008,00	14
	équipe de deux chirurgiens :		
05243	chirurgien abdominal.	896,00	14
05244	chirurgien périnéal.	210,00	
05253	Opération pour mégacôlon congénital toute technique (PG-23).	1 008,00	15
+05812	Ablation de corps étranger sous anesthésie générale ou régionale, par voie anale	120,00	6
05304	Tératome sacro-coccygien (excision) (PG-23)	784,00	15
	Réparation		
05400	Anastomose du rectum avec segment proximal incluant la fermeture de la colostomie ou de l'iléostomie	560,00	10
	Imperforation anale :		
+05418	voie périnéale (PG-23)	490,00	18
+05434	voie sacro-coccygienne (PG-23)	560,00	18
+05437	voies abdominale et périnéale (PG-23)	896,00	18
	Prolapsus rectal :		
+05404	excision de la muqueuse	180,00	6
05408	par rectopexie sans résection	560,00	6
05409	par résection antérieure du rectum, incluant la rectopexie, le cas échéant.	784,00	12
05405	par voie périnéale pour réparation majeure (Altmeier ou Delorme)	490,00	7
	Suture du rectum (post-traumatique) :		
+05410	approche extrapéritonéale	210,00	6
05411	approche intrapéritonéale.	560,00	7
	Fermeture de fistule :		
05412	entéro-vaginale non associée à une résection intestinale	319,00	6
05413	entéro-vésicale « D »	560,00	6
	Manipulation		
+05803	Examen anorectal sous anesthésie générale ou régionale (excluant la narcose) incluant, le cas échéant, dilatation, curetage, canulation, injection, biopsie ou cautérisation avec ou sans rectosigmoïdoscopie	120,00	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une autre chirurgie anale.		

L - SYSTÈME DIGESTIF
Spécialistes

		R = 1	R = 2
ANUS			
<i>Incision</i>			
+05050	Fistulotomie ou fistulectomie ou mise en place d'un sétou, avec ou sans drainage d'abcès (PG-23).	157,70	6
+05052	Sphinctérotomie ou fissurectomie.	100,00	6
<i>Excision</i>			
+05144	Excision locale ou fulguration ou cryochirurgie de lésions bénignes (simple ou multiple) incluant, le cas échéant, condylome, hémorroïde externe, hémorroïde thrombosée, marisque, papille et polype anal.	86,00	5
+05186	Excision locale pour lésion maligne	210,00	6
Hémorroïdectomie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, avec ou sans réparation de fissure :			
+05248	interne et externe incluant, le cas échéant, les languettes péri-anales, la dilatation anale, la sphinctérotomie interne, la cryptectomie, l'excision ou l'incision d'hémorroïdes thrombosées, la papillectomie et l'exérèse de prolapsus muqueux et de granulome	180,00	6
+05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, sous anesthésie générale ou régionale	140,00	6
+05249	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney Barron et Al, avec ou sans anoscopie, par séance	74,00	5
05247	si rectosigmoïdoscopie, supplément	15,00	
<i>Réparation</i>			
Anoplastie :			
+05421	pour sténose (PG-23).	280,00	18
05422	Plastie du sphincter anal pour incontinence	350,00	5
05432	avec transplantation musculaire, supplément.	100,00	1
+05426	Encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch).	92,50	5

		R = 1	R = 2
FOIE			
<i>Incision</i>			
	Hépatotomie :		
05057	exploratrice	350,00	7
05059	drainage ou marsupialisation d'abcès ou de kyste	490,00	7
<i>Excision</i>			
	Hépatectomie :		
05145	excision locale de lésion	420,00	9
05146	lobaire (réglée) (PG-23)	1 260,00	18
05174	lobaire élargie (5 segments ou plus ou 4 segments incluant le segment I), supplément	240,00	
05147	partielle (résection de foie)	672,00	12
05148	Biopsie hépatique ou des voies biliaires incisionnelle ou à l'aiguille au cours d'une laparotomie ou laparoscopie, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	58,00	
05122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofré- quence, toute voie d'approche excluant la voie percuta- née (une ou plusieurs)	500,00	10
+05137	Thermodestruction tumorale effectuée par un médecin spécialiste d'une autre discipline lors d'une laparotomie ou associée à une résection hépatique, supplément	250,00	
<i>Réparation</i>			
05431	Réparation de lésion traumatique du foie (suture ou paquetage) excluant une lésion iatrogénique au cours de la même séance	560,00	8
	Transplantation hépatique :		
	intervention chez le donneur :		
05429	hépatectomie totale	784,00	12
	intervention chez le receveur :		
05450	transplantation orthotopique, hépatectomie totale et greffe (PG-23)	2 500,00	18
05453	réduction hépatique lors d'une transplantation	880,00	
VOIES BILIAIRES			
(avec ou sans cholangiographie per-opératoire)			
<i>Incision</i>			
05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie toute voie d'approche	350,00	7
05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunosto- mie incluant la cholédochectomie	672,00	10
05419	Cholécysto-entérostomie	560,00	7

L - SYSTÈME DIGESTIF
Spécialistes

		R = 1	R = 2
	<i>Excision</i>		
+05259	Excision de l'ampoule de Vater.	350,00	6
05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche.	420,00	6
05251	Dissection radicale du hile hépatique pour néoplasie de la vésicule biliaire ou des voies biliaires proximales, c'est-à-dire au-dessus de la jonction cysto-cholédocienne, supplément.	200,00	3
	NOTE : La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique et du tronc coeliaque ainsi que des ganglions des gouttières pancréaticoduodénales antérieure et postérieure.		
05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements désignés par le ministre)	360,00	7
	<u>AVIS :</u> Voir la liste en annexe à la fin du présent onglet.		
05264	Cholécystectomie avec cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires).	560,00	7
05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, avec sphinctérotomie ou sphinctéroplastie.	784,00	8
05277	Cholédochoscopie, supplément.	90,00	
	Réopération sur les voies biliaires :		
05272	Cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires)	672,00	8
05273	Cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie ou sphinctéroplastie)	784,00	8
05439	Plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie, s'il y a lieu.	896,00	10
05442	Anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu (PG 23)	1 008,00	12
+05485	Atrésie des voies biliaires extrahépatiques : cure par porto-entérostomie en Y avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique (PG-23)	1 260,00	18
+05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique et toutes les anastomoses (PG-23)	1 120,00	18

		R = 1	R = 2
PANCRÉAS			
<i>Incision</i>			
05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	672,00	10
05005	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite premier quart d'heure chaque quart d'heure additionnel.	55,00 25,00	8
AVIS : Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.			
<i>Excision</i>			
05155	Pancréatectomie subtotale, simple, excluant la tête	1 008,00	12
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple).	1 260,00	18
05218	cholécystectomie, supplément.	160,00	
05219	vagotomie, supplément.	100,00	
05157	excision locale de lésion.	490,00	8
05188	tumeur des îlots de Langerhans	784,00	12
05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs. . .	1 260,00	15
05268	pancréatographie per-opératoire supplément.	45,00	
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	74,00	
<i>Réparation</i>			
05445	Pancréatico-gastrostomie	672,00	10
05446	Pancréatico-duodénostomie	672,00	10
05447	Pancréatico-jéjunostomie.	672,00	10
05448	Marsupialisation, pseudokyste du pancréas, drainage externe	420,00	9
05424	Intervention chez le donneur prélèvement pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	500,00	10
05425	prélèvement pancréatique pour greffe d'îlots	150,00	10
05416	Intervention chez le receveur transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	2000,00	18
ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON			
<i>Incision</i>			
+05010	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	140,00	6
05011	lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	66,00	2
NOTE : Ne s'ajoute pas à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.			

L - SYSTÈME DIGESTIF
Spécialistes

		R = 1	R = 2
05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	350,00	7
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	350,00	7
+05061	Chirurgie ex utéro intrapartum	1000,00	18
+	Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (1 ou 2 sites de péritonectomie)		
+05062	seule sans autre intervention chirurgicale	450,00	8
+05063	lors d'une autre intervention, supplément	300,00	
+05064	péritonectomies multiples (3 ou plus), supplément (*)	C.S.	
+05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale (*)	C.S.	5
05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie abdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie générale ou régionale	102,00	4
	Sutures infectées		
05195	sous anesthésie locale	85,00	
+05196	sous anesthésie générale ou régionale	140,00	6
05080	Drainage d'abcès sous-phrénique ou intra-abdominal ou rétropéritonéal, unique ou multiple (PG-23)	381,00	8
+05073	Drainage d'abcès du Douglas, par voie transrectale ou vaginale	140,00	6
+05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale	140,00	5
05482	Dérivation péritonéo-jugulaire	360,00	10
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire. . .	185,00	6
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	240,00	6
Excision			
05190	Tumeur desmoïde située ailleurs qu'au rétropéritoine . . .	550,00	11
05194	Kyste du mésentère, toute voie d'approche.	420,00	5
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale.	102,00	
05266	Omphalectomie ou omphaloplastie « D »	120,00	4
05267	Omentectomie totale ou subtotal (au moins les deux tiers).	300,00	4
Règle d'application :			
L'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.			
Réparation (toute voie d'approche)			
Herniorraphie inguinale ou fémorale :			
+05455	simple, unilatérale (PG-23).	240,00	5
+05456	unilatérale avec hydrocèle ou hématocèle (PG-23) . . .	250,00	6
NOTE : Un seul des actes 05456, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.			
+05457	bilatérale, en un temps (PG-23).	350,00	7

AVIS :

(*) Voir la règle 16 du préambule général.

Spécialistes
L - SYSTÈME DIGESTIF

		R = 1	R = 2
+05468	Herniorraphie inguinale unilatérale avec orchidectomie. .	270,00	6
+05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure	264,00	6
+05462	Herniorraphie ombilicale	189,00	6
	NOTE : Le service médical codé 05462 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropérinéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
+05471	Cure de hernie épigastrique (PG-23)	185,00	6
+05488	Cure de hernie de Spiegel.	280,00	6
+05469	Cure de hernie incisionnelle ou récidivante	342,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropéritonéale, faite par la même incision ou par laparoscopie, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
05475	Réparation d'événtration postopératoire (PG-23)	350,00	6
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément.	110,00	
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 05469 ou 05475.		
05466	Exérèse complète d'une plaque synthétique	200,00	6
	Cure de hernie étranglée ou incarcerated :		
+05459	sans résection intestinale	350,00	6
05460	avec résection intestinale	560,00	8
+05452	Cure d'omphalocèle ou gastroschisis (PG-23)	490,00	18
	Réparation avec sac de silon (omphalocèle ou gastroschisis) :		
+05473	premier traitement (PG-23)	350,00	18
+05474	traitements subséquents (PG-23)	210,00	18
	Cure de hernie diaphragmatique congénitale :		
+05478	voie abdominale ou thoracique à l'exception de la hernie hiatale.	560,00	18
+05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale (PG-23)	896,00	18
Divers			
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	480,00	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome) (PG-23)	896,00	12
05489	Splanchnicectomie coeliaque transhiatale uni ou bilatérale, toute voie d'approche	480,00	10

ANNEXE

Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie

Région 03 : Québec

Centre hospitalier universitaire de Québec :
- Pavillon Saint-François d'Assise

Région 05 : Estrie

Centre hospitalier universitaire de santé de Sherbrooke :
- Hôpital Fleurimont

Région 06 : Montréal-Centre

Centre hospitalier de l'université de Montréal :
- Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé Mc Gill :
- Hôpital Royal Victoria

INDEX

Page

APPAREIL URINAIRE	M-2
Rein	M-2
Rétropéritoine.....	M-4
Uretere	M-4
Vessie.....	M-7
Urètre	M-9

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

+ 06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	360,00	6

REIN

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « Rein » peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision ou extraction

06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	263,00	5
06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	197,00	4
06012	Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie avec ou sans exérèse de calculs.	631,00	10
06008	Extraction de calcul caliciel (toute technique) incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage.	526,00	8
06011	Néphrostomie par voie ouverte	490,00	5
06005	Extraction de calcul coralliforme (toute technique) incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	736,00	10
06006	Extraction de calcul pyélique (toute technique) incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage.	526,00	6
06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage.	329,00	4
	NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale, par trajet de néphrostomie existant, voir le service médical code d'acte 00373.		
+ 06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire.	329,00	6

Spécialistes

M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
	<i>Excision</i>		
06100	Biopsie du rein par voie ouverte	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans une même séance.		
	Néphrectomie :		
06101	partielle	841,00	8
06115	totale incluant l'urétérectomie subtotal	631,00	8
06200	radicale avec évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux dans le cas de tumeur rénale incluant, le cas échéant, l'exploration et la surrénalectomie ipsilatérale	841,00	10
	NOTE : Ne peut être associé aux services médicaux codés 04241 et 04248.		
06199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux	896,00	12
06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinet par résection, électro-coagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies du bassinet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée faites dans la même séance (par un urologue) et les tubes de drainage Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	385,00	6
06204	Transplantation rénale :	329,00	5
	excluant la thérapie immuno-suppressive		
06221	1 chirurgien	896,00	12
	équipe de 2 chirurgiens :		
06222	temps vasculaire	420,00	12
06223	temps urologique	197,00	
	NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les transplantations rénales, la chirurgie principale de même nature au niveau du côté contralatéral et faite par une incision différente, est payée à 90 %. (MOD=168)		
06213	néphrectomie :		
	chez le donneur vivant	610,00	10
06214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	420,00	10

AVIS : Cet acte est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE. 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.

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	480,00	8
06322	Néphropexie	240,00	6
06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	60,20	
06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	526,00	8
<i>Suture</i>			
+ 06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique).	672,00	7
RÉTROPÉRITOINE			
06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	672,00	10
06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	420,00	6
<u>AVIS :</u> Joindre le compte rendu opératoire.			
URETÈRE			
<i>Incision ou extraction</i>			
+ 06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou urétéro-rénale.	181,00	5
06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	394,00	5
06016	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère pelvien incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	460,00	6
06044	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou d'un corps étranger de l'uretère par urétéroscopie antégrade (percutanée) incluant, le cas échéant, la néphroscopie et les tubes de drainage, la dilatation urétérale ou la néph- rostomie percutanée, si faites dans la même séance (par un urologue) et la tentative d'extraction par panier sous vision urétéroscopique dans la même séance NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un ou plusieurs des services médicaux codés 06005, 06006, 06008 et 06029 dans une même séance.	526,00	6

Spécialistes

M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
+ 06024	Extraction ou tentative d'extraction d'un calcul ou de corps étranger de l'uretère par urétéroscopie rétrograde, incluant, le cas échéant, les endoscopies et manipulations uréthro-vésicales et urétéro-rénales	394,00	7
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06111 dans une même séance.		
	<i>Excision</i>		
06109	Excision d'un conduit iléal ou colonique	C.S.	4
	AVIS : Voir la règle 16 du Préambule général.		
06110	Urétérectomie avec exérèse d'une collerette de la vessie	329,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
06111	Traitement de tumeurs malignes pyélocalicielles ou de l'uretère ou les deux, par urétéroscopie rétrograde avec résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies des cavités et de l'uretère, la dilatation urétérale, les tubes de drainage, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales ou urétéro-rénales . . .	420,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06024 dans une même séance.		
	<i>Réparation</i>		
06330	Urétérolyse unilatérale	360,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique «Uretère» dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline. Pour un chirurgien général, ce service médical n'est pas payable en association avec une autre chirurgie abdominale ou rétropéritonéale.		
06331	Urétéroplastie pour rétrécissement ou hydro-uretère ou remodelage unilatéral de 6 cm ou plus	526,00	7
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous la rubrique «Uretère» dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
+ 06332	Urétéro-pyélostomie ou urétéro-urétérostomie, avec ou sans néphrostomie	631,00	7
+ 06057	par approche laparoscopique, supplément	66,00	
06334	Trans-urétéro-urétérostomie	631,00	7
+ 06337	Cure endoscopique de reflux vésico-urétéral par injection sous muqueuse (injection unique ou multiples incluant les cystographies et la cystoscopie) unilatérale ou bilatérale	394,00	7

M - APPAREIL URINAIRE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
06335	Urétéro-néocystostomie avec ou sans tunnellisation vésicale unilatérale (n'incluant pas remodelage de plus de 6 cm)	526,00	7
06341	avec remodelage urétéral unilatéral de plus de 6 cm, supplément	131,00	
06333	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale	526,00	7
	Dérivation urinaire cutanée, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales, les anastomoses urétéro-intestinales, excluant la cystectomie totale ou la cysto-prostatectomie et l'évidement ganglionnaire		
06305	par segment intestinal tubularisé (ex. Bricker et autres) .	946,00	8
06315	par segment intestinal détubularisé (ex. Kock, Indiana et autres)	1 095,00	16
06324	Urétéro-sigmoïdostomie unilatérale	736,00	8
06340	Urétérostomie cutanée unilatérale.	329,00	8
+ 06328	Reprise de stoma urétéral sus-fascial.	112,00	6
+ 06329	Reprise de stoma urétéral sous-fascial.	240,00	6
06318	Urétéro ou pyélo-entéro-néocystostomie ou les deux (remplacement urétéral par segment iléal) incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales	1 051,00	8
06323	Interposition d'un segment digestif entre la peau et la vessie, ou un réservoir urinaire incluant les résections et les anastomoses digestives et le cas échéant, les mécanismes antireflux; mais excluant l'entérocystoplastie d'augmentation par segments digestifs supplémentaires (ex. Procédure de Mitrofanoff).	867,00	12
+ 06339	Dérivation urétérale permanente prothétique incluant la création du trajet sous-cutané, le temps rénal et l'implantation vésicale unilatérale	526,00	8
	Suture		
06348	Urétérorraphie (réparation de l'uretère) par voie ouverte . .	460,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical sur l'uretère ipsilatéral à la même séance et par la même voie d'approche.		
06346	Reprise de conduit iléal.	C.S.	7
	AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.		
06350	Opération de Boari	631,00	8

		R = 1	R = 2
VESSIE			
<i>Incision</i>			
+ 06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales.	263,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
06013	Auto-agrandissement vésical par incisions multiples du détrusor.	361,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
+ 06020	Cystostomie : isolée	263,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
+ 06023	avec un ou plusieurs des services médicaux suivants : - électrocoagulation - excision de tumeur vésicale - extraction de calculs	329,00	6
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgien(s) de la même discipline.		
+ 06025	avec implantation de stimulateur électrique	460,00	5
+ 06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	180,00	5
06018	Dénervation de la vessie par transsection.	350,00	7
06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés, par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intravésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	946,00	12
06022	Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical	263,00	5

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Injections thérapeutiques</i>			
06001	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage	180,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique « Vessie » ou sous la section « Procédés diagnostiques et thérapeutiques » dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
<i>Excision</i>			
06159	Vésicostomie cutanée	329,00	4
06113	Cystectomie : partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse	460,00	6
06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse	631,00	8
06205	totale ou cystoprostectomie excluant évidemment ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétréctomie chez la femme)	736,00	12
06002	cystoprostectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex.: Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétréctomie totale	1 880,00	18
06038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex.: Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétréctomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale.	1 880,00	18
06041	pour segment détubularisé (ex.: Kock, Indiana et autres), supplément	150,00	
06042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex.: Camey et autres), supplément	240,00	
06052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex.: Studer et autres), supplément	368,00	
	NOTE : Les suppléments codés 6041, 6042, 6052 ne s'appliquent qu'aux actes codés 6002 et 6038.		
06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	300,00	5
06168	Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) : de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	208,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale.		

		R = 1	R = 2
<i>Destruction</i>			
+ 06301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	140,00	5
<i>Réparation</i>			
06352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	526,00	5
06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales mais excluant la cystectomie partielle	631,00	12
06312	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales mais excluant la cystectomie totale et l'évidement ganglionnaire	1 183,00	12
06336	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 314,00	16
06277	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	197,00	
06343	Valve de continence, supplément par valve	631,00	15
06344	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales univalvulaire	672,00	15
+ 06383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés.	736,00	18
<i>Suture</i>			
06357	Cystorraphie, pour rupture de la vessie.	394,00	6
+ 06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée . .	329,00	5
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
06402	par voie sus-pubienne	526,00	6
06403	par voie vaginale	460,00	5
06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	394,00	5
URÈTRE			
<i>Incision</i>			
+ 06030	Urétrostomie externe antérieure.	131,00	5
+ 06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	197,00	6
06032	Méatotomie comportant la section du méat, l'hémostase et l'approximation des muqueuses	60,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
	Ouverture et drainage :		
+ 06033	d'un abcès péri-urétral profond.	197,00	6
+ 06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie.	263,00	6

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+ 06190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	112,00	5
+ 06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme) . .	263,00	6
+ 06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie.	197,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
+ 06035	Sphinctérotomie (sphincter externe).	197,00	6
06215	Urétrectomie totale	280,00	6
+ 06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale.	112,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
<i>Réparation</i>			
+ 06362	Urétropexie, avec ou sans dérivation urinaire, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales per-opératoires (pour spécialistes en urologie seulement)	329,00	6
06021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	100,00	
	Urétrolyse post-urétropexie		
06037	par voie sus-pubienne	438,00	7
06014	par voie vaginale.	197,00	7
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section « Urètre » sous la rubrique « Réparation ».		
	Urétroplastie avec ou sans dérivation urinaire :		
06446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	460,00	4
06447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	460,00	4
06448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	329,00	5
06449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	460,00	4
06450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	736,00	5

Spécialistes
M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
+ 06373	Correction d'incontinence urinaire par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	181,00	5
06417	par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	631,00	10
06374	Tubularisation uréthro-vésicale (Young-Dees, Tanagho, etc.)	736,00	8
06454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse	263,00	4
+ 06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon . .	197,00	5
+ 06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	197,00	5
Suture			
+ 06366	Urétrorraphie avec ou sans dérivation urinaire : pour rupture antérieure	197,00	5
06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	526,00	8
06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	631,00	6
06369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau	263,00	5
+ 06302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	329,00	5
06370	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	526,00	4
06371	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	480,00	6
+ 06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	329,00	6
Reconstruction du sinus urogénital avec ou sans dérivation urinaire			
+ 06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau . .	60,00	6
06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur . .	150,00	5
+ 06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur . .	275,00	7
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	672,00	10
06306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres	986,00	12
avec abaissement vaginal :			
06307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	600,00	
06308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément . .	329,00	
NOTE : Un seul de ces deux suppléments est payable au cours d'une même chirurgie.			

INDEX

Page

APPAREIL GÉNITAL MÂLE.....	N-2
Pénis.....	N-2
Testicules	N-4
Scrotum.....	N-4
Canal déférent	N-5
Cordon	N-5
Vésicule séminale	N-5
Prostate	N-5

N - APPAREIL GÉNITAL MALE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet «Rédaction de la demande de paiement»). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

PÉNIS

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique «Pénis» peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision

+06077	Traitement chirurgical du priapisme toute technique, excluant les traitements par aspirations avec ou sans injection de substances pharmacologiques	329,00	6
06078	Implantation ou remplacement de prothèse non gonflable ou gonflable unipièce	329,00	5
06079	Implantation ou remplacement complet de prothèse gonflable à 2 ou 3 composantes.	460,00	6

Excision

+06127	Circoncision pour pathologie du prépuce	119,00	5

NOTE : Ne peut s'appliquer pour la technique à la cloche.

AVIS : La condition pathologique justifiant la facturation du code d'acte 06127 doit être inscrite dans la case **CODE DU DIAGNOSTIC**. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** et indiquer la lettre « A » dans la case **CS**.

06119	Amputation : partielle du pénis, incluant segment d'urètre	263,00	5
06218	complète du pénis incluant urérostomie périnéale . . .	526,00	5
06131	Excision ou fulguration ou les deux de lésions locales du pénis et/ou allongement du frein du prépuce	27,40	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
06116	Exérèse ou révision de prothèse pénienne non gonflable ou gonflable unipièce	197,00	5
06117	Exérèse ou révision de prothèse pénienne gonflable à 2 ou 3 composantes.	301,00	5

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire :		
06354	correction en un temps (toute technique)	197,00	4
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire :		
06224	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	394,00	6
+ 06226	correction de chordée.	263,00	6
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	360,00	5
	Hypospadias pénoscrotal avec ou sans dérivation urinaire :		
06234	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	736,00	12
06236	correction de chordée.	329,00	4
06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	460,00	8
	Hypospadias périnéal avec ou sans dérivation urinaire :		
+ 06291	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	964,00	18
06292	correction de chordée.	361,00	5
06293	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	578,00	8
06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias), avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanées.	631,00	6
+ 06379	intervention additionnelle pour correction de fistule uréthro-cutanée, une ou plusieurs	197,00	6
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias :		
06228	avec désinsertion des corps caverneux	672,00	8
06229	sans désinsertion des corps caverneux.	329,00	5
	Reconstruction pour transposition pénoscrotale avec ou sans dérivation urinaire		
06238	sans uréthroplastie	360,00	4
	Plastie des corps caverneux ou spongieux ou les deux :		
06380	après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	394,00	4
06432	pour épispadias 1er temps avec plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	704,00	8
06433	pour épispadias avec correction complète et plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	792,00	12
06382	pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en 2 temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	300,00	4
06396	Cure d'épispadias par la technique de Cantwell-Ransley	1183,00	18
06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	900,00	18
	Revascularisation des corps caverneux par microchirurgie :		
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale, entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice.	350,00	8
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses.	493,00	10

TESTICULES

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « Testicules » peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Excision

+06122	Orchiectomie par voie scrotale, uni ou bilatérale	197,00	6
+06125	Orchiectomie par voie inguinale	263,00	6

NOTE : Si cure de hernie associée, voir le service médical codé 05468, système digestif (cas particulier : C.S.)

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

Réparation

NOTE : Aucun des services médicaux de cette sous-section ne peut être facturé avec les services médicaux codés 05455 et 05456 lorsque effectués du même côté à la même séance.

+06257	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) ou de l'hydatide et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant ou les deux.	301,00	5
+06285	Orchidopexie.	329,00	5
+06245	Ligature de vaisseaux spermatiques pour orchidopexie, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	241,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans la même séance.		
06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	329,00	6
+06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	263,00	6
+06388	Rupture du testicule (réparation)	197,00	6

SCROTUM

06389	Traitement d'hydrocèle ou de spermatocèle par injection de substance sclérosante, uni ou bilatérale, incluant l'aspiration, le cas échéant	27,40	

Incision

+06394	Ouverture et drainage d'abcès intrascrotal	197,00	5
+06390	Exérèse chirurgicale totale ou partielle de l'épididyme, de spermatocèle, d'hydrocèle, d'hématocèle, de kyste du cordon, et/ou d'appendice testiculaire ou épидидymaire, unilatérale.	132,00	5
	NOTE : Cet acte ne peut être associé aux services médicaux codés 05456 et 06389 lorsque effectué du même côté dans une même séance.		

		R = 1	R = 2
	<i>Excision</i>		
+ 06106	Résection partielle du scrotum	197,00	6
06107	Résection totale ou complète du scrotum.	263,00	6
	CANAL DÉFÉRENT		
	<i>Excision</i>		
06232	Vasectomie unilatérale ou bilatérale	65,70	4
	<i>Réparation</i>		
+ 06392	Épididymo-vasostomie unilatérale.	100,00	5
06418	Épididymo-vasostomie unilatérale par microchirurgie . . .	329,00	6
06395	Vasovasostomie unilatérale	110,00	4
06444	Vasovasostomie unilatérale par microchirurgie.	329,00	6
	CORDON		
	<i>Excision</i>		
+ 06397	Exérèse de varicocèle unilatérale, toute voie d'approche, excluant l'approche scrotale, non associée à une autre chirurgie inguinale ou scrotale.	263,00	5
	VÉSICULE SÉMINALE		
	<i>Excision</i>		
06235	Vésiculectomie.	576,00	5
	PROSTATE		
	NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique « Prostate » peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
	<i>Incision</i>		
06054	Prostatolithotomie, non associée à résection transurétrale (R.T.U.)	263,00	5
06055	Biopsie ouverte, voie périnéale	197,00	4
06051	Implantation de substances radio-isotopes dans la prostate par voie ouverte	200,00	4
	<i>Excision</i>		
	Prostatectomie : (incluant la vasectomie, le cas échéant)		
06240	sus-pubienne (1 ou 2 temps)	394,00	5
06241	rétopubienne simple	394,00	5
+ 06242	périnéale simple	330,00	7

N - APPAREIL GÉNITAL MALE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
06243	rétropubienne radicale incluant la vésiculectomie séminale et, le cas échéant, les biopsies étagées ou la lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux uni ou bilatéral	922,00	10
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 04244 lors d'une même séance		
06244	périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale mais excluant l'évidement ganglionnaire.	736,00	7
+06247	transurétrale incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales, la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne et la cystostomie.	394,00	7
06239	par laser, électrocautérisation ou électrovaporisation, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne mais excluant les traitements par diathermie.	363,00	6
06248	Fulguration de la loge prostatique pour hémorragie, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne	197,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
	Résection de tissu prostatique résiduel ou récidivant, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne		
+06060	réintervention après 1 an ou plus.	394,00	7
+06061	réintervention en moins d'un an.	263,00	7
+06064	Résection de tissu prostatique pour fins diagnostiques non associée à une résection transurétrale de la prostate, ou pour drainage d'abcès, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales et la mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne.	263,00	7
Brachythérapie			
+06053	Collaboration lors de la mise en place d'implants permanents ou temporaires pour brachythérapie dans le cas de traitement du cancer de la prostate incluant l'échographie transrectale, la cystoscopie et les tubes de drainage (pour urologue seulement)	500,00	7

P - GYNÉCOLOGIE**AVIS :** Voir la Règle d'application n° 4.

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN*Incision*

06043	Périnéotomie ou périnéorraphie ou hyménotomie.	119,00	4
+ 06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene	119,00	5

Excision conventionnelle ou au Laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes).	42,00	4
+ 06169	Condylomatose anogénitale diffuse ou dysplasie intra-épithéliale vulvaire, ou les deux, sous anesthésie générale ou régionale	140,00	5
+ 06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin	119,00	5
+ 06189	Bartholinectomie ou vestibulectomie ou les deux	140,00	5
+ 06156	Vulvectomie : hémi-vulvectomie ou vulvectomie ou réintervention dans le cas de cancer intéressant plus de 50 % de la vulve .	280,00	6
06157	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve	560,00	6
06158	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve avec lymphadénectomie inguinale ou pelvienne, ou les deux	896,00	12
+ 06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux . . .	119,00	5
+ 06356	Plastie des grandes lèvres : correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	140,00	6

VAGIN*Incision*

06065	Culdocentèse	42,00	4
+ 06066	Colpotomie (exploration et drainage)	140,00	5

Introduction

Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion et la visite

+ 06074	première	65,00	5
06075	subséquente	36,00	4
	maximum, une colposcopie par période de quatre (4) mois, par patiente, par médecin		

Règles :

1) La rémunération de la colposcopie est incluse dans celle de la visite en cabinet.

2) La première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.

Excision conventionnelle ou au Laser

06249	Colpectomie pour lésions malignes invasives	480,00	8
----	Caroncule urétrale ou ectropion	(Voir système urinaire)	
+ 06141	Exérèse d'un septum vaginal	140,00	5
+ 06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple.	119,00	5

Réparation avec ou sans dérivation urinaire

+ 06400	Cystocèle (urétrocèle)	280,00	5
+ 06405	ou rectocèle	280,00	5
06406	et rectocèle	350,00	5
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	121,00	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocele lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	88,00	
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	350,00	5
06420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	420,00	4
+ 06410	Rectocèle et sphinctéropexie anale	280,00	5
06411	Colpoclélisis	350,00	4
+ 06412	Urétropexie, toutes techniques	350,00	5
06414	Entérocele ou colpocèle par voie vaginale	350,00	5
+ 06415	Vaginoplastie (sténose)	119,00	5
+ 06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	160,00	5
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	420,00	10

Suture

+ 06421	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	140,00	5

		R = 1	R = 2
TROMPES			
<i>Excision</i>			
06260	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale	350,00	4
<i>Réparation</i>			
+ 06458	Tuboplastie sans microscope, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	420,00	5
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	560,00	8
<i>Suture</i>			
06430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique) . . .	350,00	5
+ 06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	140,00	5
+ 06451	avec avortement thérapeutique	210,00	5
06461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément . .	66,00	
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 9.			
OVAIRES			
<i>Excision</i>			
06188	Kyste ovarien, paraovarien unilatéral ou bilatéral	350,00	5
	NOTE : Ce code d'acte ne peut être réclamé pour une exérèse d'hydatide de Morgani, pour une ponction de kyste, ou pour une stérilisation.		
06177	Tumeur intraligamentaire	350,00	4
06261	Ovariectomie unilatérale ou bilatérale	350,00	5
+ 06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale.	350,00	6
<i>Réparation</i>			
06288	Chirurgie conservatrice de l'endométriose Stade III ou IV, avec microscope ou laser, comprenant au moins 3 des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien et/ou ovariectomie, tuboplastie, réperitonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie.	560,00	8
<u>AVIS :</u> Inscrire les chirurgies pratiquées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
06264	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
+ 06299	Stade II ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes.	280,00	6
+ 06263	Ovariopexie.	329,00	6

UTÉRUS ET COL UTÉRIN*Incision*

06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	280,00	5
06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	350,00	5
06069	Lymphadénectomie pelvienne ou périaortique ou les deux	672,00	4
06068	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06073	Laparotomie de contrôle pour cancer de l'ovaire avec biopsie, unique ou multiple, peu importe le site	490,00	4
+ 06072	Métroplastie (utérus septus)	350,00	6

Excision conventionnelle ou au Laser

06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28)	90,00	4
+ 06146	Conisation diagnostique du col au Laser ou au bistouri sous anesthésie générale ou péridurale seulement	119,00	5
06811	Thérapie cervicale, incluant la visite pour lésion cancéreuse ou précancéreuse (dysplasie)	57,20	4
+ 06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	42,00	5
06149	Myomectomie de 5 cm et plus ou de 5 myomes et plus ou les deux	350,00	5
06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	4
06154	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
+ 06178	Polypectomie simple	16,50	5
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	5
06251	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	672,00	8
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	420,00	5
06164	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou para-aortique ou les deux	633,60	10
06194	avec lymphadénectomie radicale lomboaortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	275,00	

Spécialistes
P - GYNÉCOLOGIE

		R = 1	R = 2
06270	Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	930,00	12
	<i>Trachélectomie :</i>		
06267	abdominale	350,00	5
06268	vaginale	280,00	5
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	844,80	12
06231	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
	<i>Paramétriectomie :</i>		
06289	avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions pelviens et paraaortiques	930,00	12
06294	technique laparoscopique, supplément	132,00	2
	<i>Exentération pelvienne :</i>		
06271	postérieure	1 750,00	18
06272	antérieure et postérieure	2 500,00	18
06278	reconstruction vaginale avec ou sans greffe, supplément	274,00	
06225	création d'un conduit urinaire de type réservoir continent, supplément	660,00	
	NOTE : Les suppléments codés 06225 et 06278 ne s'appliquent qu'aux actes codés 06271 et 06272.		
06279	Exploration chirurgicale en vue d'une exentération, toute voie d'approche	550,00	10
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé avec ce code d'acte par un médecin de la même discipline, à la même séance opératoire, par la même incision.		
06276	Hystérectomie vaginale, avec rectocèle, salpingo-ovariectomie incluse	420,00	5
06274	Hystérectomie vaginale avec rectocèle et cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	420,00	5
06273	Hystérectomie vaginale avec cystocèle, salpingo-ovariectomie incluse	420,00	5
06381	Sympathectomie présacrée	420,00	5
	<i>Introduction</i>		
+ 06434	Hystéroscopie avec ou sans biopsie, avec ou sans canulation des trompes et, avec ou sans hystéro-salpingographie (PG-28)	119,00	5
06455	avec résection par électrocautérisation ou laser, supplément	99,00	1

P - GYNÉCOLOGIE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
06460	avec ablation de l'endomètre ou myomectomie, ou les deux, supplément	165,00	2
+ 06404	Ablation de l'endomètre, toutes techniques	150,00	5
-----	Laparoscopie (Voir appareil digestif)		
Réparation			
06452	Hystéropexie ou réparation inversion utérine voie abdominale.	280,00	7
06457	Réparation de rupture utérine avec ou sans ligature de trompes	265,00	5
Manipulation			
Avortement incomplet :			
06900	par extraction menstruelle	28,00	
06906	par curetage (PG-28)	119,00	4
Avortement thérapeutique :			
06908	par extraction menstruelle (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	28,00	
06909	par curetage (incluant la dilatation du col, l'insertion de tiges laminaires)	119,00	4
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application no 9 - Obstétrique gynécologie.			
Avortement thérapeutique à partir de 14 semaines			
+ 06948	1 ^{er} temps : induction toutes méthodes	140,00	5
06949	2 ^e temps : curetage ou expulsion spontanée (PG-28) . .	119,00	4
06952	Reprise de dilatation et curetage (ou recuretage) dans les 6 semaines suivant un avortement thérapeutique ou incomplet (PG-28)	99,00	4
+ 06924	Cérclage du col chez la parturiente	119,00	5
Divers			
06398	Implantation sous-cutanée de capsules de lévonorgestrel	100,00	4
06399	Exérèse des capsules de lévonorgestrel	120,00	4

AVIS : Si la mise en place est faite à la même séance que l'exérèse, facturer le code d'acte 06399, inscrire la lettre « N » dans la case C.S. et demander 170 \$ dans la case HONORAIRES.

Q - OBSTÉTRIQUE**AVIS :** Voir la Règle d'application no 4.

La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment:

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues;
- la rupture des membranes;
- le désencercelage du col;
- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous, faite par le médecin accoucheur;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux;
- le monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne;
- l'amniométrie incluant l'insertion du cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique continu et l'interprétation;
- le prélèvement de sang foetal in utero;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirure;
- les soins hospitaliers post-nataux n'excédant pas huit (8) jours;
- la visite, la réanimation et l'aspiration du nouveau-né faites par le médecin accoucheur.

06903	Accouchement.	335,00
06919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	167,50
06950	Accouchement vaginal après césarienne, supplément . .	100,00
06945	Accouchement dans les cas complexes, supplément. . .	100,00

AVIS : La facturation de l'acte 06945 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après 36 semaines, incluant la visite, la tocolyse, le monitoring externe	60,00	4

Q - OBSTÉTRIQUE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	360,00	9
06913	Césarienne et hystérectomie	540,00	13
06946	Césarienne dans les cas complexes, supplément	100,00	3
<u>AVIS :</u> <i>La facturation de l'acte 06946 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.</i>			
06937	Ovariectomie partielle ou totale pour lésion bénigne ou maligne lors de césarienne, supplément	100,00	
06929	Ensemble des soins prodigués lors d'une manoeuvre obstétricale intrapartum durant le deuxième ou le troisième stade du travail	320,00	
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la manoeuvre obstétricale effectuée. Voir Annexe II sous le présent onglet.</i>			
06934	Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2 ^e stade, anomalie du coeur foetal et/ou évolution anormale du travail.	320,00	
NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06929.			
<u>AVIS :</u> <i>Voir la section 3.2.3 sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.</i>			
06940	Consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(sont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants: l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désenclavage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.	102,00	
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un professionnel de la même spécialité.			
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le ou les procédés ou évaluations effectués.</i>			
+ 06917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta (Prestation incluse dans celle de l'accouchement)		6
+ 06918	Réparation de déchirures(Prestation incluse dans celle de l'accouchement)		5
Amniocentèse (Voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)			
+ 06920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement	120,00	5

Spécialistes
Q - OBSTÉTRIQUE

		R = 1	R = 2
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	72,00	4
+ 06928	Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite fœtal) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse , le cas échéant.	144,00	5
+ 06926	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1000 cc ou plus	144,00	5
+ 06930	Transfusion fœtale intra-utérine.	420,00	7
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines).	54,00	
	Évaluation du bien-être fœtal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement		
06960	moins de 20 minutes	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	

AVIS : *Disposition administrative en vue de l'application du 6e paragraphe de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - Obstétrique - gynécologie.*

**ANNEXE I
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 (plus que 42 semaines) (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)

INDEX

Page

APPAREIL GLANDULAIRE

Introduction	R-2
Thyroïde	R-2
Parathyroïde	R-2
Surrénales	R-2

R - APPAREIL GLANDULAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

INTRODUCTION

06310	Implantation sous-cutanée de substance hormonale . . .	28,00	

AVIS : En urologie, voir la Règle d'application n° 25.

THYROÏDE*Incision*

06076	Drainage d'abcès : soins complets	55,90	4

Excision

06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	129,00	5
06151	Thyroidectomie subtotale (bilatérale)	490,00	8
06152	Hémi-thyroidectomie (lobectomie)	420,00	6
06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	140,00	4
+ 06180	Excision de nodule solitaire	323,00	5
06280	Thyroidectomie totale	560,00	8
06281	Reprise de thyroidectomie pour goître restant	560,00	8
06282	Thyroidectomie par voie transsternale pour un goître intrathoracique	896,00	8
	Thyroidectomie totale ou subtotale :		
06284	avec résection localisée des ganglions cervicaux	576,00	10
06183	avec évidement radical unilatéral des ganglions cervicaux	742,00	15
06184	avec évidement radical bilatéral des ganglions cervicaux	1 011,00	18

PARATHYROÏDE

Exploration et/ou excision :			
06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	672,00	10
06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	540,00	10
06181	Transplantation de parathyroïde, une ou plusieurs, supplément	100,00	

AVIS : Lorsqu'un acte porte la mention « un ou plusieurs » ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

SURRÉNALES

06182	Exploration surrénalienne uni ou bilatérale pour lésion surrénalienne	600,00	15
06187	avec surrénalectomie uni ou bilatérale, supplément . . .	66,00	

INDEX

Page

SYSTÈME NERVEUX	S-2
CRÂNE ET ENCÉPHALE	S-2
Lésions expansives tumorales	S-2
Lésions infectieuses et parasitaires	S-3
Lésions vasculaires	S-4
Lésions vasculaires cervicales.....	S-5
Lésions traumatiques.....	S-5
Liquide céphalo-rachidien.....	S-5
Malformation congénitale crânio-encéphalique	S-6
# Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie	S-6
Installation du cadre plus	S-7
Neurochirurgie de l'épilepsie.....	S-7
NEUROCHIRURGIE DES NERFS CRÂNIENS	S-8
Chirurgie du nerf facial	S-8
Divers	S-8
RACHIS, MOELLE, QUEUE DE CHEVAL.....	S-9
Tumorale.....	S-9
Dégénérative et traumatique.....	S-9
Lésions vasculaires	S-9
Lésions infectieuses	S-10
Malformations congénitales du rachis et moelle épinière	S-10
Neurochirurgie fonctionnelle.....	S-11
NERFS PÉRIPHÉRIQUES	S-12
Divers	S-13

S - SYSTÈME NERVEUX

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

CRÂNE & ENCÉPHALE**Lésions expansives tumorales : (incluant les lésions kystiques tumorales)***Sus-tentorielles :*

07520	Lésions des ventricules latéraux.	1 373,00	18
07521	Lésions du IIIe ventricule	1 570,00	18
07522	Lésions de la ligne médiane (faux & corps calleux)	1 472,00	18
07523	Lésions uniquement suprasellaire et extraventriculaire (ex : crano-pharyngiome, gliome extra-orbitaire du nerf optique, kyste épidermoïde, etc.)	1 766,00	18
07524	Lésions de la région pinéale	1 766,00	18
07525	Lésions de la voûte du crâne	491,00	12
07526	Lésions intracrâniennes extracérébrales de la convexité	1 177,00	18
07527	Lésions intraparenchymateuses extraventriculaires	1 079,00	18
07528	Biopsie diagnostique par trépanation seulement. (sans stéréotaxie, quel que soit le nombre de biopsies), par le neurochirurgien seulement	441,00	10

Sous-tentorielles

07529	Lésions parenchymateuses cérébelleuses	1 275,00	18
07530	Lésions du IVe ventricule extraparenchymateuses	1 373,00	18
07531	Tumeur du tronc cérébral biopsie seulement	1 275,00	18
07532	exérèse 50 % et plus	2 158,00	18
07533	Tumeur extraparenchymateuse de l'angle pontocérébelleux ou du trou déchiré postérieur 5 cm ou moins	1 570,00	18
07534	plus de 5 cm.	2 158,00	18

Base du crâne (temps neurochirurgical seulement)

07535	Lésions intrasellaires par voie transphénoïdale : adénome enclos (grades 0, I et II)	1 079,00	18
07536	adénome envahissant (grades III et IV)	1 128,00	18
07537	crano-pharyngiomes	1 226,00	18
07538	autres lésions (kyste de Rathke, granulome, abcès, etc.)	1 128,00	18
07539	approche par septorhinoplastie, par le neurochirurgien seulement, supplément	245,00	

Spécialistes
S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
07585	Craniotomie pour malformation artérioveineuse : grade 1	1 570,00	18
07586	grade 2	1 844,00	18
07587	grade 3	2 119,00	18
07588	grade 4	2 394,00	18
07589	grade 5	2 668,00	18
07590	Hématome cérébelleux autre que traumatique.	981,00	18
07591	Anastomose vasculaire extra/intracrânienne	1 275,00	18
07592	Cure chirurgicale de fistule artérioveineuse	1 373,00	18
Lésions vasculaires cervicales			
07593	Ligature chirurgicale de la carotide intracrânienne NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie du cer- veau.	883,00	18
Lésions traumatiques			
07595	Craniotomie pour traumatisme crânien (pour neurochirurgien seulement)	981,00	18
07596	avec reconstruction cranio-orbitaire dans la même séance, supplément	196,00	
----	Trépanation simple. (Voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)		
	Évacuation d'hématome sous-dural chronique, toute technique		
07597	unilatérale	589,00	15
07598	bilatérale	883,00	18
Liquide céphalo-rachidien			
Dérivation interne :			
07612	ventriculo-péritonéale ou ventriculo-auriculaire ou ventri- culo-pleurale ou lombo-péritonéale.	540,00	15
07613	Dérivation ventriculaire double en y	687,00	15
+07513	Programmation de la pression d'ouverture d'une valve de dérivation ventriculaire	60,00	
Révision d'une dérivation :			
07614	Bout proximal ou bout distal (incluant l'exérèse des anciens tubes et l'installation d'un nouveau tube)	343,00	12
07616	Révision totale et installation d'une nouvelle dérivation (incluant l'exérèse des anciens tubes)	736,00	15
07617	Exérèse simple de dérivation interne sans installation d'une autre	343,00	10
Ventriculostomie du IIIe ventricule pour hydrocéphalie :			
07618	par craniotomie	687,00	15
07619	par stéréotaxie	687,00	18
07620	par endoscopie	687,00	18
07003	avec biopsie tumorale, supplément	180,00	

S - SYSTÈME NERVEUX**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Autres procédures :</i>			
07621	Torkildsen	540,00	15
07622	Installation d'un réservoir (Omay, Rickham, etc.) incluant le trou de trépan	245,00	8
07623	Dérivation sous-duro-péritonéale :		
	unilatérale	491,00	12
07624	bilatérale	589,00	15
	Dérivation kysto-péritonéale :		
07625	supratentorielle	491,00	12
07626	infratentorielle	540,00	15
	Dérivation kysto-sous-arachnoïdienne :		
07627	supratentorielle	491,00	15
07628	infratentorielle	540,00	15
<i>Malformation congénitale cranio-encéphalique</i>			
Crâne :			
	Craniosténose :		
07629	correction neurochirurgicale de craniosténose simple	589,00	15
07630	correction neurochirurgicale de craniosténose coronale avec ostéosynthèse fronto-orbitale	883,00	18
07631	correction neurochirurgicale de craniosténose complexe	1 275,00	18
07632	NOTE : Si le neurochirurgien fait une reconstruction majeure, supplément	C.S.	
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
07633	Morcellation crânienne pour craniotomie multiple . . .	687,00	15
Méninges & Encéphale :			
	Réparation d'une méningo-encéphalocèle :		
07634	supratentorielle	687,00	18
07635	infratentorielle	785,00	18
07636	base du crâne	871,00	18
	Craniotomie pour traitement de kyste arachnoïdien :		
07637	supratentorielle	785,00	18
07638	infratentorielle	883,00	18
	Drainage d'hygroma congénital :		
07639	par trou de trépan seulement	245,00	12
07640	par craniotomie	540,00	15
07641	Cure chirurgicale de malformation d'Arnold-Chiari (toute technique)	1 275,00	18
<i>Neurochirurgie fonctionnelle & stéréotaxie :</i>			
07642	Technique de localisation avec ou sans cadre effectuée dans une séance différente de la chirurgie (ne peut être facturé plus d'une fois en trois mois)	245,00	8

Spécialistes

S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
07740	Cure de fistule de liquide céphalo-rachidien dans les 30 jours d'une chirurgie rachidienne	396,00	15
07741	au-delà de 30 jours d'une chirurgie rachidienne	638,00	15
<i>Moelle épinière et queue de cheval :</i>			
07730	Réparation de myéломéningocèle.	981,00	18
	Traitement chirurgical de diastématomyélie :		
07731	un sac dural.	785,00	15
07732	deux sacs durs	1 275,00	18
07733	si libération d'une moelle ancrée à un autre niveau dans le même temps opératoire, supplément	196,00	
	Traitement de moelle ancrée :		
07734	première intervention.	736,00	15
07735	réintervention.	990,00	18
07736	Traitement de syringomyélie ou de kyste intramédullaire: par laminectomie et marsupialisation du kyste	883,00	18
07737	par laminectomie et dérivation kystique sous-arachnoïdienne	883,00	18
07738	par dérivation kystopéritonéale ou kystopleurale.	1 079,00	18
07005	avec myéloscopie, supplément	180,00	
07739	Traitement du sinus dermique (sans kyste d'inclusion associé) : intradural	194,00	8
Neurochirurgie fonctionnelle			
	Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :		
	rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et la foraminotomie :		
07751	une racine.	687,00	15
07752	chaque racine additionnelle.	49,10	
07753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	755,00	15
07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	68,70	
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :		
07755	une racine.	544,50	12
07756	chaque racine additionnelle.	110,00	
07761	traitement chirurgical du torticollis spasmodique, quelle que soit la technique utilisée, incluant, le cas échéant : la dénervation sélective d'un ou plusieurs muscles et les ramisectomies unilatérales ou bilatérales.	1 199,00	15
	Cordotomie ou myélotomie :		
07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	785,00	15
07762	tractotomie trigéminal ouverte	785,00	15
07763	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale : cordotomie (incluant la stimulation)	392,00	10

S - SYSTÈME NERVEUX
Spécialistes

		R = 1	R = 2
07764	rhizotomie postérieure : une ou deux racines	109,00	10
07765	trois racines ou plus	147,00	
07766	tractotomie trigéminal	392,00	15
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :		
07767	implantation d'électrodes par laminectomie	491,00	12
07768	implantation d'électrodes percutanées	296,00	8
07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfu- sion	343,00	6
	implantation de cathéter :		
07770	percutané (PG-28)	270,00	6
07771	par laminectomie	491,00	12
07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	49,10	6
+07773	Révision du stimulateur ou de la pompe	294,00	7
07775	Remplissage de pompe intrarachidienne et reprogram- mation	50,00	
NERFS PÉRIPHÉRIQUES			
	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
07172	nerf majeur (PG-28)	195,00	6
+07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (PG-28)	165,00	6
+07790	névrome d'un nerf digital (PG-28)	110,00	6
	Sympathectomie :		
07216	cervico-dorsale, unilatérale	341,00	10
07214	périoraortique	82,00	6
07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	275,00	8
07220	lombaire : unilatérale	286,00	8
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	58,00	
07208	bilatérale, supplément	84,00	
----	présacrée		(Voir Gynécologie utérus et col utérin)
+07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site PG-28)	131,00	5
+07792	Neurolyse d'un nerf majeur (PG-28)	175,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel car- pien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méral- gie paresthésique essentielle).		
+07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel car- pien (PG-28)	120,00	5
07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse . . .	90,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		

Spécialistes

S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	132,00	4
07130	Section du nerf obturateur, unilatérale.	107,80	5
07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie paresthésique essentielle).	75,00	5
	Plexus brachial		
07468	dissection sous-claviculaire	500,00	12
07469	dissection sus-claviculaire	500,00	12
07787	dissection sus et sous-claviculaire	818,00	15
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
07788	chaque anastomose, supplément	200,00	3
07789	chaque greffe, supplément	300,00	3
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 700,00	
	NOTE : En anesthésiologie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		
<u>AVIS :</u> Joindre le compte rendu opératoire lorsque le code d'acte 07788 ou 07789 est facturé en rôle 1.			
07009	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00	18
	Plexus lombo-sacré		
07010	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 000,00	18
07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	188,00	6
07473	Grefe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope, incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28).	600,00	12
07474	Grefe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28).	300,00	10
	Microanastomose de nerf périphérique		
07797	nerf majeur (PG-28)	385,00	10
07798	nerf mineur (PG-28).	247,50	8
	Grefe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
07475	nerf majeur	300,00	8
+ 07476	nerf mineur	200,00	7
07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (PG-28)	300,00	12
+ 07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (PG-28).	115,50	6
07799	Suture nerveuse (neurorrhaphie) (PG-28).	110,00	7
Divers			
07011	Rhizotomie percutanée, toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux.	326,00	10
07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial.	350,00	8

INDEX

Page

APPAREIL VISUEL.....	T-2
Globe oculaire.....	T-2
Cornée.....	T-2
Sclérotique.....	T-3
Iris et corps ciliaire.....	T-3
Cristallin.....	T-4
Corps vitré.....	T-4
Rétine.....	T-5
Muscles oculaires.....	T-6
Orbite.....	T-6
Paupières et sourcils.....	T-7
Cils.....	T-8
Conjonctive.....	T-9
Appareil lacrymal.....	T-9
Corps étranger.....	T-10
Traumatisme oculaire.....	T-10

T - APPAREIL VISUEL

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). 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	385,00	6
+ 07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accolement du vitré à la cornée	265,00	6
	Énucléation :		
07133	simple	245,00	4
07134	avec mise en place d'implant	350,00	5
	Éviscération :		
07136	avec mise en place d'implant	350,00	4
07356	Implantation secondaire	420,00	4
07358	Greffe de sclérotique pour extrusion d'implant	264,00	6
+ 07361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.) . . .	245,00	6
07237	Trabéculotomie et trabéculéctomie avec ou sans iridectomie	384,00	7
07122	trabéculéctomie dans un oeil ayant eu, lors d'une autre chirurgie, une incision conjonctivale pleine épaisseur dans le même quadrant, supplément	66,00	
07800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculéctomie	450,00	8
07809	Lyse de suture faite au laser dans les six semaines suivant une trabéculéctomie	40,00	4
07123	Exérèse d'un implant de Molteno	175,00	5

CORNÉE

+ 07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	78,00	5
	Kératectomie pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
+ 07192	partielle	132,00	6
+ 07193	totale	220,00	6
+ 07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	132,00	5
+ 07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	200,00	6
+ 07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	200,00	6
07364	Greffe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse . . .	490,00	8
07384	Résection lamellaire de la cornée pour astigmatisme de plus de 4 dioptries	280,00	6

Spécialistes**T - APPAREIL VISUEL**

		R = 1	R = 2
07371	Chirurgie réfractive pour pathologie cornéenne, toutes techniques	198,00	4
07803	Curetage et/ou cautérisation	26,00	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	42,00	4
+ 07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	235,00	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	539,00	8
SCLÉROTIQUE			
07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	198,00	4
07226	Sclérectomie pour glaucome (incluant le laser Holmium).	264,00	5
+ 07368	Greffe sclérale	395,00	7
+ 07370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculéctomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale.	150,00	6
IRIS ET CORPS CILIAIRE			
+ 07801	Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (*)	120,00	6
07802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (*)	133,00	5
07815	réintervention au même oeil dans les quatre mois par le même chirurgien	74,00	5
07804	Goniosynéchiolyse, incluant la gonioscopie	350,00	7
+ 07814	Corectopie, excluant les remplacements de lentilles intra-oculaires (*)	200,00	7
07051	Sphinctérotomie (*)	200,00	4
07052	Synéchetomie irienne (corélyse) (*)	200,00	5
07169	Excision lésion irienne	330,00	5
07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	525,00	6
+ 07137	Iridectomie périphérique ou complète (*)	200,00	6
07305	Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste	119,00	4
07372	Iridodialyse (réparation)	285,00	5
07805	Iridencléisis	264,00	4
07811	Cyclodialyse (*)	264,00	4
+ 07812	Cyclodiathermie ou cyclocryothérapie	132,00	6

AVIS : (*) Voir la Règle d'application n° 3.

CRISTALLIN

07261	Cataracte, incluant les iridectomies : Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal(**)	355,00	4
+ 07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	264,00	7
07262	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manoeuvre extra-oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux	85,00	4
07263	manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	148,00	5
+ 07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	264,00	6
07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé(**)	330,00	7
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	437,00	7
	Cataracte membraneuse : discission (*)	198,00	5
+ 07055	avec ciseaux	198,00	5
+ 07234	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG	100,00	5
07002	réintervention au même oeil dans les 4 mois par le même chirurgien	74,00	5

CORPS VITRÉ

+ 07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	167,00	5
+ 07309	Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure	60,00	5
+ 07325	Ponction du vitré par la pars plana pour culture ou pour injection de médicaments ou les deux, avec ou sans cryopexie (*)	280,00	6
+ 07335	réintervention au même oeil, dans les 4 mois, par le même chirurgien (*)	99,00	5
07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	450,00	8
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épitréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	510,00	10
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	140,00	4
07339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	264,00	5

AVIS :

(*) Voir la Règle d'application n° 3.

(**) 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 n° 1944 (Document complémentaire)

		R = 1	R = 2
RÉTINE			
<i>Réparation</i>			
Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :			
07298	superficiel.	132,00	4
+ 07299	profond.	192,00	6
07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbène ou autre).	300,00	4
Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure			
07292	première intervention.	192,00	8
07293	intervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des quatre mois suivant la première intervention par le même chirurgien.	100,00	8
Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intravitréens :			
07408	première intervention.	492,00	8
07409	intervention subséquente incluant toute technique	548,00	10
Diathermie ou cryothérapie après ouverture conjonctivale:			
07310	tumeur	217,00	4
+ 07313	lésion hémorragique ou vasculaire.	217,00	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	400,00	8
+ 07466	extraction d'une plaque de cobalt	110,00	6
Photocoagulation : au laser ou autre procédé			
07311	première intervention.	140,00	5
07312	réintervention subséquente pour la même pathologie à l'intérieur des 4 mois suivant la première intervention, par le même chirurgien.	81,00	5
pour le traitement de la rétinopathie de la prématurité (cet acte est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes)			
07303	un oeil	500,00	8
07304	deux yeux	750,00	8
<u>AVIS :</u> Les actes 07303 et 07304 s'appliquent seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.			
+ 07314	Cryopexie par voie transconjonctivale.	140,00	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive).	217,00	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.	310,00	6
+ 07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	320,00	6
+ 07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	335,00	6
+ 07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	350,00	7
Supplément pour muscle additionnel			
07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (*)	110,00	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (*)	115,00	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (*)	120,00	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (*)	130,00	
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	325,00	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	300,00	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	350,00	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	100,00	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	300,00	10
07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	210,00	4
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	350,00	7
07282	tumeur	545,00	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne).	323,00	7
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale.	545,00	10
07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe).	330,00	7

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de muscles dans la case UNITES.

Spécialistes
T - APPAREIL VISUEL

		R = 1	R = 2
	Exentération simple :		
07242	sans greffe	392,00	6
07243	avec greffe	563,00	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'os malaire ou de l'orbite.		
07379	Réduction de fractures de l'orbite	323,00	4

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	40,00	4

Excision

07173	Chalazion (PG-28)	40,00	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	308,00	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptôse palpébrale	110,00	4
	Néoplasme :		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne :		
+ 07174	n'intéressant pas le rebord de la paupière, maximum 4 lésions par séance (PG-28)	40,00	5
	NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma.		

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de lésions dans la case UNITÉS.

+ 07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28).	198,00	6
07420	Réparation du canthus interne ou externe	200,00	5
07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	240,00	4
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	421,00	8

T - APPAREIL VISUEL**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
+ 07467	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie.	40,00	5
	Ectropion ou entropion :		
+ 07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	198,00	6
+ 07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	290,00	6
07813	cautérisation (incluant l'examen)	40,00	
Réparation			
+ 07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure.	264,00	6
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28)	483,00	8
	Blépharoplastie par excision de peau, graisse orbitaire ou reconstruction du pli de la paupière supérieure avec troubles fonctionnels documentés		
+ 07388	patients de moins de 65 ans (PG-28).	50,00	6
+ 07389	patients de 65 ans ou plus	165,00	6
	NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.			
	Ptôse :		
+ 07394	suspension au frontal	330,00	6
+ 07385	fasanella ou autre technique	132,00	6
+ 07395	résection du releveur (PG-28)	275,00	6
+ 07396	réintervention.	330,00	7
+ 07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	140,00	6
	Lacération de la paupière :		
07386	n'intéressant pas le bord libre	110,00	4
+ 07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	264,00	6
+ 07403	Tarsorrhaphie (PG-28)	132,00	6
CILS			
+ 07418	Électrolyse ou cryothérapie	40,00	5
	Trichiasis localisé :		
07402	opération par résection sectorielle réquérant la reconstruction du rebord de la paupière.	198,00	5
07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	264,00	4

		R = 1	R = 2
CONJONCTIVE			
07070	Péritomie	42,00	4
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	40,00	4
	Excision de tumeur :		
+ 07175	bénigne ou kyste	40,00	5
+ 07179	maligne, excision simple	140,00	6
07180	maligne, excision avec greffe	227,00	5
+ 07405	Plastie conjonctivale avec greffe	210,00	6
07406	Symblépharon ou ankyloblépharon, technique simple	70,00	4
	Symblépharon :		
07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	198,00	5
+ 07407	excision avec greffe	340,00	7
	Réparation de plaie traumatique :		
+ 07433	suture simple de la conjonctive	40,00	5
+ 07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	230,00	6
+ 07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	132,00	6
APPAREIL LACRYMAL			
07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	66,00	4
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	72,00	4
07252	Dacryocystectomie	210,00	4
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	420,00	8
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	60,00	4
07054	ectropion	60,00	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
07306	un oeil ou deux yeux	15,00	4
	Intubation du canal lacrymal :		
07319	un oeil	100,00	4
+ 07329	deux yeux	150,00	6
+ 07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	60,00	5
07458	Réparation des canalicules sectionnés	330,00	5
+ 07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	330,00	7
+ 07416	Conjonctivo-dacryo-rhinostomie avec greffe muqueuse	396,00	7
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	396,00	6
+ 07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	26,00	5
+ 07460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	350,00	7

T - APPAREIL VISUEL**Spécialistes****R = 1 R = 2****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) .	280,00	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	373,00	7
07153	non magnétique	443,00	6
07159	cornéen	26,00	4
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	367,00	6
+ 07204	conjonctival	12,00	5

TRAUMATISME OCULAIRE

07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire avec péritomie et désinsertion d'un ou plusieurs muscles dans le but d'éliminer une perforation oculaire	280,00	4

NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical sur le même organe.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique ou les deux	350,00	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère	420,00	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	490,00	10
07456	Cantholyse	40,00	4

NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même oeil.

INDEX

Page

APPAREIL AUDITIF	U-2
Oreille externe.....	U-2
Oreille moyenne.....	U-3
Oreille interne.....	U-5

U - APPAREIL AUDITIF

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement »). S'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

OREILLE EXTERNE*Incision*

+ 07075	Hématome	48,40	5
+ 07076	Abcès du conduit	48,40	5

Excision

+ 07150	Fistule préauriculaire (PG-28)	194,00	6
-----	Kyste : préauriculaire	(Voir système digestif)	
-----	du lobule	(Voir peau et phanères)	
07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	145,00	4
+ 07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	247,00	7
07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube)	15,90	4
07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	145,00	5

Réparation

07424	Prauminauris unilatéral chez une personne de moins de 18 ans (PG-28)	190,00	5
+ 07443	Révision, unilatérale chez une personne de moins de 18 ans	100,00	5

Spécialistes

U - APPAREIL AUDITIF

		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)	650,00	12
07415	2 ^e temps : reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	300,00	4
07417	3 ^e temps : reconstruction du lobule	215,00	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	348,00	7
OREILLE MOYENNE			
<i>Incision</i>			
07077	Myringotomie : mise en place du tube sous microscope, unilatérale. .	50,50	4
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 086 (combinaison de 050 et 093) pour la facturation du deuxième acte, s'il y a lieu.		
+ 07083	Tube d'aération à long terme avec création d'un lambeau tympanoméatal non associé à un autre acte chirurgical à la même oreille au cours de la même séance opératoire	129,00	5
07078	Paracentèse unilatérale	32,30	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)	129,00	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	258,00	6
<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

U - APPAREIL AUDITIF
Spécialistes

		R = 1	R = 2
07187	Polype de l'oreille moyenne	15,90	4
	Mastoidectomie :		
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	290,00	5
07259	radicale ou modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	430,00	6
	Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :		
+ 07487	sans fraisage, ni modification du conduit	145,00	6
+ 07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	242,00	6
07489	avec moulage du mur du facial	290,00	4
07490	Réfection totale de la cavité d'évidement mastoïdienne	387,00	5
+ 07302	Nettoyage d'une cavité de mastoidectomie sous microscope (PG-28)	15,90	5
07257	Stapédectomie (PG-28)	349,00	7
07270	Reprise complète (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	376,00	7
07286	Reprise partielle de stapédectomie incluant, le cas échéant, le repositionnement de la prothèse et la cure de fistule	215,00	4
Réparation			
07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tym- pan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire	21,50	4
07449	Myringoplastie (a minima)	145,00	5
07450	Tympanoplastie (PG-28)	269,00	6
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	366,00	7
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, sup- plément	53,80	
	Masto-tympanoplastie		
07491	sans reconstruction ossiculaire (PG-28)	430,00	6
07437	avec conservation du canal osseux externe (incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire) (PG-28)	516,00	6
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, sup- plément	53,80	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	645,00	10
07438	Oblitération de cavité mastoïde	355,00	6
07439	Fénelation du canal semi-circulaire externe	330,00	6
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	194,00	5
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	350,00	7
07494	Insertion mastoïdienne d'audioimplant	360,00	6
07495	Implantation cochléaire à monoélectrode ou canaux multiples incluant la pose de récepteur et tous les servi- ces médicaux rendus par le chirurgien au cours de l'hospitalisation, dans un établissement autorisé par le Ministre	1 075,00	18

AVIS : *Inscrire le code de l'établissement dans la case
appropriée.*

		R = 1	R = 2
OREILLE INTERNE			
<i>Excision</i>			
07251	Exérèse de tumeur de la base du crâne ou de l'angle ponto-cérébelleux en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant.	860,00	15
07241	Neurectomie vestibulaire par approche translabyrinthique	710,00	8
07229	Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure	450,00	12
	Exérèse de tumeur glomique		
07287	approche tympanique.	376,00	7
07288	approche mastoïdienne, supplément	269,00	2
07289	approche mastoïdienne, foramen jugulaire et cou, supplément.	914,00	5
+ 07266	Temporalectomie	774,00	12
07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	324,00	7
	Labyrinthectomie :		
	chimique :		
07258	première séance incluant la myringotomie	48,40	
07260	chaque séance subséquente	32,30	
	NOTE : Un seul des actes codés 07258 et 07260 est payable par jour pour un même patient.		
07268	par oreille moyenne.	300,00	7
07269	par voie transmastoidienne.	360,00	6
07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	315,00	6
<i>Introduction</i>			
07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale.	237,00	6
<i>Réparation</i>			
07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	435,00	8
07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	323,00	6
+ 07481	Cochléo-sacculotomie	348,00	7

INDEX

Page

ADDENDUM 4 - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	V-2
Règle 1: Tarification	V-2
Règle 2: Examens.....	V-3
Règle 3: Examen radiologique d'un membre	V-3
Règle 4: Fluoroscopie.....	V-3
Règle 5: Examen du colon	V-3
Règle 6: Tube digestif supérieur en double contraste.....	V-3
Règle 7: Examens de l'abdomen et du bassin	V-4
Règle 8: Nez et sinus.....	V-4
Règle 9: Examen de la colonne	V-4
Règle 10: Pharynx et oesophage.....	V-4
Règle 11: Colonne lombaire ou lombo-sacrée	V-4
Règle 12: Bilatéralité.....	V-4
Règle 13: Radiographie dentaire	V-5
Règle 14: Substances de contraste	V-5
Règle 15: Angioradiologie et radiologie d'intervention.....	V-5
Règle 16: Stéréoscopie	V-5
Règle 17: Consultation exceptionnelle.....	V-5
Règle 18: Tarification	V-6
Règle 19: Rapport.....	V-6
Règle 20: Tomographie par ordinateur et résonance magnétique.....	V-6
Protocole concernant la radiologie diagnostique	V-7
TABLEAU DES HONORAIRES	V-9
Tête et cou	V-9
Colonne et bassin	V-10
Membres supérieurs.....	V-11
Membres inférieurs	V-11
Études du squelette.....	V-11
Thorax	V-11
Abdomen	V-12
Voies gastro-intestinales et biliaires.....	V-12
Voies génito-urinaires incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la fluoroscopie	V-14
Obstétrique et gynécologie.....	V-14
Fluoroscopie diagnostique	V-15
Examens spéciaux, incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la scopie et la ponction	V-15
Divers	V-16
Mammographie.....	V-17
# Angioradiologie (Technique)	V-22
# Angioradiologie (Interprétation).....	V-23
# Tomographie par ordinateur	V-24
# Protocole 1 concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier	V-26
# Cardiaque	V-27

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**ADDENDUM 4.****RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE**

AVIS : Sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », toujours inscrire l'initiale du prénom, le nom et le **numéro du médecin** 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 informations.

RÈGLE 1.**TARIFICATION**

En radiologie diagnostique, on distingue l'honoraire de consultation (R=1) et l'honoraire de laboratoire (R=7).

TARIF HOSPITALIER

1.1 En centre hospitalier, le médecin radiologiste est payé suivant le tableau des honoraires de consultation.

AVIS : Utiliser le formulaire n° 1606 « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » sauf indication contraire aux tarifs.

Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » dans le Manuel des services de laboratoire en établissement.

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.

1.4 En laboratoire de radiologie générale, le médecin radiologiste qui pratique un examen, est payé suivant le tableau des honoraires de laboratoire (R=7).

S'ajoute l'honoraire de consultation (R=1) s'il s'agit d'un malade dirigé par un médecin.

AVIS : Remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». Voir sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement ».

Pour demander les honoraires de laboratoire, inscrire sur une ligne, la date, le code d'acte, le RÔLE 7 et les honoraires correspondants.

Pour demander les honoraires de consultation, inscrire sur une autre ligne, la date, le même code d'acte, le RÔLE 1 et les honoraires correspondants.

Inscrire dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de cabinet 31XXX qui a été communiqué par la Régie à l'exploitant du laboratoire.

		L R = 7	C R = 1
MEMBRES SUPÉRIEURS			
08060	Clavicule.	14,27	5,04
08075	Articulations acromio-claviculaires	17,64	7,73
08118	Articulations sterno-claviculaires	14,56	6,07
08074	Omoplate	15,82	6,07
08062	Épaule	15,71	6,07
08063	Humérus.	12,12	5,04
08064	Coude.	12,12	5,04
08065	Avant-bras	12,12	5,04
08066	Poignet	12,12	5,04
08067	Main	12,12	5,04
08068	Poignet et main	17,64	9,63
08069	Doigt ou pouce.	9,36	3,82
MEMBRES INFÉRIEURS			
08080	Hanche unilatérale 2 incidences ou plus.	19,80	5,87
<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 14.			
08083	Fémur	12,12	5,04
08084	Genou, incluant la rotule	12,12	5,04
08085	Jambe.	12,12	5,04
08086	Cheville.	12,12	5,04
	Pied		
08087	Tarse, calcaneum ou talon	12,12	5,04
08088	A.P., latéral, positions de charge avec mesure des angles	18,60	8,60
08090	Orteil	9,36	3,82
08091	Mesures des membres inférieurs (orthodiagraphie) . .	18,25	7,73
ÉTUDES DU SQUELETTE			
	Étude du squelette pour âge osseux		
08092	1 région (main)	12,12	7,33
08093	2 régions (main et autres)	21,73	8,38
	Étude osseuse (i.e. rhumatoïde, métabolique ou métas- tatique) par incidence ou région		
08280	8 incidences ou moins	48,32	18,91
08281	9 ou 10 incidences	57,38	22,92
08282	11 incidences ou plus.	66,44	25,78
THORAX			
08100	Poumons	17,60	7,29
08108	Poumons-médiastin ou poumons-coeur ou les deux, incluant l'opacification de l'oesophage, incidences multi- ples (3 incidences et plus).	40,71	11,08
#08113	Larynx, études spéciales phonation.	23,52	18,37
	Hémithorax (côtes)		
08115	2 incidences ou plus.	14,56	5,37
08117	Sternum	15,37	5,37

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
	Lecteur B/ CSST : pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en établissement		12,50
09943			
	AVIS : Cet acte doit être facturé sur le formulaire n° 1606 « Demande de paiement - Assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».		
	pour l'examen radiologique du poumon par un médecin radiologiste en cabinet		13,50
09943			
	AVIS : Cet acte doit être facturé seul , sur le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin » dans la case ACTES;		
	- inscrire ZZZZ01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;		
	- inscrire le nombre total de lectures effectuées dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants;		
	- inscrire la lettre «A» dans la case C.S. mais ne rien inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
	ABDOMEN		
	Abdomen		
08150	simple	12,12	4,46
08152	2 incidences ou plus	19,02	6,40
	VOIES GASTRO-INTESTINALES ET BILIAIRES (Incluant fluoroscopie)		
	NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Voies gastro-intestinales et biliaires (incluant la fluoroscopie) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066). Ces services médicaux sont facturés en utilisant le formulaire des visites.		
	AVIS : Pour facturer les services rendus à des patients de moins de 5 ans, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », que les services soient rendus en laboratoire de radiologie diagnostique ou en établissement. L'identification de chaque personne assurée est obligatoire .		
08132	Étude palato-pharyngienne ou choanographie	30,42	23,54
08133	Étude du pharynx et de l'oesophage	30,42	23,54
08157	Oesophage seul (lorsque les codes d'acte 08133, 08154, 08158, 08159 ou 08162 ne sont pas utilisés).	28,66	13,67
	Tube digestif supérieur (comprend au moins 5 films ou 10 expositions)		
08154	incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum	56,18	24,33
08158	en double contraste, incluant l'oesophage, l'estomac et le duodénum.	60,56	29,55

		L R = 7	C R = 1
	clichés supplémentaires		
08072	unilatéral (*)	20,85	6,50
08073	bilatéral (*)	34,30	13,00
	de dépistage pour la clientèle ciblée par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (femmes âgées de 50 à 69 ans) à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an		
	NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (Centre de dépistage désigné, CDD).		
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale		
08078	unilatérale (*)	22,76	6,50
08079	bilatérale (*)	34,30	13,00
08081	supplément payable en cabinet privé pour normes et exigences spécifiques du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (Lettre d'entente 107)	7,50	
	clichés supplémentaires		
08103	unilatéral (*)	20,85	6,50
08104	bilatéral (*)	34,30	13,00
08105	si, lorsque requis, un examen clinique unilatéral ou bilatéral est pratiqué par le radiologiste, supplément (*)		11,76
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires et de l'examen clinique s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID)		

AVIS : (*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Spécialistes

		L R = 7	C R = 1
	de dépistage pour les femmes de 35 à 49 ans ou pour les femmes de 70 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi depuis un an		
	NOTE : Le tarif de la mammographie de dépistage s'applique uniquement lorsque le service est dispensé dans un cabinet privé ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. (Centre de dépistage désigné, CDD)		
	comprend une incidence craniocaudale et une incidence oblique médiolatérale		
08134	unilatérale (*)	22,76	6,50
08135	bilatérale (*)	34,30	13,00
	clichés supplémentaires		
08129	unilatéral (*)	20,85	6,50
08130	bilatéral (*)	34,30	13,00
08131	si, lorsque requis, un examen clinique unilatéral ou bilatéral est pratiqué par le radiologiste, supplément (*)		11,76
	NOTE : Les tarifs des clichés supplémentaires et de l'examen clinique s'appliquent lorsque les services sont dispensés dans un cabinet privé, ou dans un centre hospitalier désigné par le ministre, dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein comme Centre de dépistage désigné (CDD) ou dans un Centre de référence pour investigation désigné (CRID)		
08099	radiographie d'une pièce biopsique	20,85	4,25
	AVIS : Remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin », quelque soit le lieu où les services ont été rendus. L'identification de chaque personne assurée est essentielle.		

AVIS : (*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

		L R = 7	C R = 1
08144	Examen de révision suite à une mammographie de dépistage anormale - honoraires payés à un radiologue en centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou en cabinet privé agréé par les parties négociantes pour l'évaluation d'un dossier (examens effectués en CDD et films antérieurs). L'honoraire de l'examen de révision exclut les examens complémentaires effectués en CRID, i.e. clichés supplémentaires, échographie, biopsie, etc (*)		45,00
	NOTE : Ce service médical n'est pas payable au radiologue qui a facturé l'examen de dépistage.		
	Mammographie de dépistage - Unité mobile de mammographie		
08145	unilatérale		6,50
08146	bilatérale		13,00

AVIS :

(*) Pour connaître la liste des centres de dépistage désignés (CDD) ou des centres de référence pour investigation désignés (CRID), consulter le site Internet de la Régie à la rubrique « Etablissements du réseau de la santé » puis sélectionner « Mammographie de dépistage » et finalement la liste désirée.

C
R = 1

La tarification qui suit a trait aux examens d'angioradiologie dont la technique est exécutée par le médecin radiologiste. Les honoraires correspondants sont considérés comme des honoraires de consultation.

AVIS : Lorsque le médecin radiologiste exécute la technique et l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous les titres **Angioradiologie technique et Angioradiologie interprétation**.
- Remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de la personne assurée est obligatoire.

Lorsque le médecin radiologiste ne fait que l'interprétation :

- Utiliser les codes d'acte sous le titre **Angioradiologie interprétation** et les tarifs correspondants.
- Remplir le formulaire n° 1606, « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte ».

ANGIORADIOLOGIE (Technique)

Les services médicaux de la section « Angioradiologie (technique) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

	Angiographie par cathétérisation (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne)	
08401	insertion de cathéter, incluant la dissection si nécessaire et, le cas échéant, l'injection de substance de contraste	100,00
08400	Après ou au cours d'un examen artériographique, introduction chez un même patient d'un cathéter veineux non sélectif afin de procéder à une ou plusieurs phlébographies non sélectives	91,94
08402	Après une angiographie d'une première région anatomique, si déplacement du cathéter déjà introduit et deuxième injection non sélective dans une autre région anatomique (maximum 1) pour une seconde angiographie, supplément	48,00
08403	cathétérisation sélective autre qu'une angiographie spinale, par vaisseau (maximum 4), supplément	60,00
08404	cathétérisation sélective, angiographie spinale, par vaisseau (maximum 8), supplément	15,44

NOTE :

- par cathétérisation sélective on entend une manipulation du cathéter depuis l'artère ou la veine d'entrée vers une branche tributaire de l'aorte ou des veines caves ou vers une chambre cardiaque, avec une ou plusieurs injections pour angiographie.
- par cathétérisation non sélective, on entend celle de l'artère ou de la veine d'entrée ou de l'aorte ou des veines caves.

		C R = 1
08405	Artériographie périphérique par ponction directe unilatérale	40,00
08406	Lymphographie unilatérale	50,00
08407	Épreuve dynamique ou physiologique ou pharmacologique pendant l'angiographie, supplément	16,04
ANGIORADIOLOGIE (Interprétation)		
Angiographie par cathétérisme (abdominale, thoracique, cervicale ou crânienne) avec changeur de film, ciné ou caméra multiformat, une ou plusieurs incidences		
08408	non sélective	30,00
08409	sélective autre que spinale, par vaisseau, maximum 4	30,00
sélective avec quantification par moyen objectif:		
08410	mesure de sténose artérielle par ordinateur, supplément.	13,44
08411	calcul des volumes ventriculaires et de la fraction d'éjection, supplément par incidence, maximum 2	13,44
08412	mesure de l'hyperhémie réactionnelle, supplément par artère, maximum 4	23,44
08413	sélective, spinale, par vaisseau, maximum 8 vaisseaux	11,44
08414	sélective carotidienne, unilatérale	36,00
08415	sélective vertébrale, unilatérale	35,00
périphérique, membres inférieurs		
08416	unilatérale	30,00
08417	bilatérale	60,00
08418	Spléno-portographie ou ombilico-portographie	33,69
Angiographie coronarienne		
08419	unilatérale	40,00
08420	bilatérale	80,00
08421	Angiographie coronarienne unilatérale ou ventriculographie sélective, post-angioplastie coronarienne ou valvulaire immédiate, supplément.	21,34
08422	Pontage mammaro-coronarien, unilatéral	39,49
08423	Angiocardiographie intraveineuse, incluant l'angiographie numérisée	30,00
08424	Lymphographie, unilatérale	29,23

C
R = 1

**TOMOGRAPHIE PAR ORDINATEUR
(un examen par région, par jour, par patient)**

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section « Tomographie par ordinateur (un examen par région, par jour, par patient) » sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 5 ans (MOD=066).

AVIS : Voir la Règle d'application n° 11.
Pour la facturation de la tomographie par ordinateur, remplir le formulaire n° 1200, « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.

Tête		
08258	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,68
08259	sans injection de substance de contraste	31,68
Cou		
08260	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
08261	sans injection de substance de contraste	51,93
Thorax (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen »)		
08262	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
08263	sans injection de substance de contraste	51,93
Abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis » ou pour « abdomen et pelvis »)		
08264	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
08265	sans injection de substance de contraste	51,93
Thorax et abdomen (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « thorax » ou pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)		
08255	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	89,90
08256	sans injection de substance de contraste	77,90
Pelvis (ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « abdomen et pelvis »)		
08266	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	59,93
#08267	sans injection de substance de contraste	51,93

		C
		R = 1
Abdomen et pelvis		
(ne peut être facturé en sus des codes d'acte pour « abdomen » ou pour « thorax et abdomen » ou pour « pelvis »)		
08268	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	85,38
08269	sans injection de substance de contraste	77,38
NOTE : La tarification de la région abdomen 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	54,00
08275	sans injection de substance de contraste	46,00
Extrémités		
08276	avec injection de substance de contraste ou avec et sans injection de substance de contraste	39,00
08277	sans injection de substance de contraste	31,00
Tarif de révision en tomodensitométrie:		
08257	Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de tomodensitométrie	15,00

C
R = 1

PROTOCOLE I

Concernant les examens de résonance magnétique pratiqués en centre hospitalier

1. Les examens d'imagerie par résonance magnétique pratiqués dans les centres hospitaliers désignés par la ministre, sont payés suivant la tarification qui suit:

- Imagerie par résonance magnétique
- toutes techniques, quel que soit le nombre d'incidences
- maximum, un examen par région, par jour

08570	Tête	106,26
08571	Cou	106,33
08572	Thorax	133,63
08573	Abdomen	133,63
08574	Pelvis	133,63
08575	Extrémités	106,33
	Colonne	
08576	un segment (cervical ou dorsal ou lombo-sacré)	99,19
08577	deux segments	124,60
08578	trois segments	167,65

Les honoraires de l'examen comprennent la synchronisation cardiaque et respiratoire sauf la synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax; dans ce dernier cas, on ajoute 30 % au tarif de l'examen. (MOD=071)

2. Ce protocole est conclu selon la clause 2.3 du préambule général du tarif d'honoraires de la médecine de laboratoire.

Les honoraires tirés de la pratique de la résonance magnétique, sont comptabilisés de façon distincte.

08579	Tarif de révision en résonance magnétique: Révision, avec rapport écrit, à la demande du médecin, d'un examen de résonance magnétique	15,00

AVIS : Voir la Règle d'application n° 12.

Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est essentielle.

+	CARDIAQUE	
+	Nonobstant toute autre disposition contraire prévue à l'Entente, les services médicaux de la présente section peuvent également être facturés par un médecin spécialiste en cardiologie et la visite effectuée lors de ces services médicaux est alors incluse. Toutefois ces honoraires ne sont alors payables au médecin cardiologue que dans les établissements suivants :	
+	- Institut de Cardiologie de Montréal	
+	- Institut de Cardiologie de Québec	
+	- CUSM - Hôpital de Montréal pour enfants	
+	- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	
+	L'examen de résonance magnétique cardiaque est une procédure complexe nécessitant tout d'abord des logiciels d'acquisition dédiés et spécifiques, incluant un temps d'installation pour la synchronisation cardiaque. L'acquisition des images en elle-même demande une supervision médicale directe en salle, qui peut, dans certains cas durer tout le temps de l'acquisition en particulier quand il s'agit de procédures de type "Examen avec stress physique ou pharmacologique". Finalement, ce type d'examen demande un temps de post-analyse non négligeable, avec des calculs et des analyses de fraction d'éjection, de quantification de vitesse et des reconstructions angiographiques tridimensionnelles.	
#	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 12. Pour la facturation des examens de résonance magnétique, remplir le formulaire n° 1200 « Demande de paiement - médecin ». L'identification de chaque personne assurée est obligatoire.	
+08580	Étude morphologique de base en pondération de type T1 et ses dérivés, densité protonique ou T2 et ses dérivés avec ou sans injection de Gadolinium (PG-7)	175,00
+	L'étude devra inclure les synchronisations cardiaque et respiratoire, le cas échéant et les images interprétables de 3 axes cardiaques, soit standard (2 chambres, petit axe, 4 chambres, obliques sagittales), soit des plans axial, coronal ou sagittal. Ces acquisitions ne peuvent être des séquences de localisation et doivent couvrir le volume cardiaque entier.	
+	NOTE : L'acte codé 08580 inclut la supervision, l'interprétation et la production du rapport.	
+08581	Examen limité (PG-7)	75,00
+	NOTE : L'acte codé 08581 est facturable lorsque les conditions de l'étude morphologique de base (acte codé 08580) ne sont pas remplies (ex. : réponse à une question précise uniquement comme « contractilité apicale » ou "évaluation anneau aortique ».	

V - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
Spécialistes

		C R = 1
+08582	Examen initial ou suivi d'anomalie(s) congénitale(s) (PG-7)	75,00
+	NOTE : L'acte codé 08582 ne peut pas être facturé pour une CIA, des anomalies valvulaires uniques de type bicuspidie ou coarctation aortique.	
+08583	Études de contractilité (PG-7).	50,00
+	NOTE : L'acte codé 08583 doit obligatoirement inclure des images cinématiques dans un plan défini cardiaque (2 chambres, petit axe ou 4 chambres, obliques sagittales ou axiales) à au moins 5 niveaux différents.	
+08584	Études de perfusion/viabilité (PG-7).	50,00
+	NOTE : L'acte codé 08584 doit inclure une étude de type perfusion en 1er passage et des séquences tardives après injection intraveineuse de Gadolinium.	
+08585	Études de flot (séquences spécifiques vélocimétriques, soit valvulaires, vasculaires ou études comparatives de débits pulmonaires ou systémiques) (maximum 4) (PG-7)	25,00
#	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'études dans la case unités.	
+08586	Études de type constriction/restriction (études dynamiques en inspiration et en expiration en temps réel) (PG-7)	50,00
+	Études utilisant soit un stress physique ou pharmacologique	
+08587	Stress physique avec ergocycle	150,00
+	NOTE : L'acte codé 08587 inclut une étude de stress maximale avec atteinte de 80 % de la fréquence cardiaque prédite avant et post-stress dans au moins 1 axe cardiaque interprétable (court axe ou 4 chambres).	
+	Stress médicamenteux	
+08588	Dobutamine basse dose avec des études pré et post stress pharmacologiques dans un plan cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres).	75,00
+08589	Dobutamine haute dose (Persantin, Adénosine) pour l'obtention de 80 % de la fréquence cardiaque prédite pour l'âge avec des images pré et post-stress incluant au moins 1 axe cardiaque interprétable (petit axe ou 4 chambres)	125,00
+	NOTE : Un maximum de 525 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Résonance magnétique - Cardiaque » lors d'une même séance.	
+	NOTE : Les honoraires des services médicaux de la section « Cardiaque » sont majorés de 50 % lorsque effectués chez un enfant de moins de 10 ans.	
#	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 044 pour demander la majoration d'honoraires.	