

MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

RÉMUNÉRATION À L'ACTE

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

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

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

De plus, nous vous invitons à consulter le site Internet de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca. Rendez-vous à la rubrique Frais de déplacement *de l'onglet* Facturation.

ANNEXE 23.

FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

Aux fins de l'application de la présente annexe, un centre hospitalier réfère également à un CLSC situé dans un des territoires isolés ou dans le territoire 5 de l'Annexe 19 ou, dans le cas de la santé publique et médecine préventive, à un site de mission.

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un site de mission, utiliser l'élément de contexte* **Dans le cadre d'une mission**.

ARTICLE 1.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

AVIS : *Vous devez obligatoirement indiquer le contexte de votre déplacement.*
Indiquer l'élément de contexte **Aller ou Retour** *qui s'applique à l'ensemble de la facture.*

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 0,93 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle). On compte la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'au centre hospitalier.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

AVIS : *Pour le kilométrage, utiliser le code de facturation* **09991**.

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

1.3 S'ajoute une indemnité de 115 \$ l'heure pour le temps de déplacement s'il s'agit :

AVIS : *Pour le temps de déplacement, utiliser le code de facturation* **09992**.

a) d'un médecin psychiatre qui est consultant dans un établissement mentionné en annexe;

AVIS : *Voir l'annexe 1.1* **Liste des établissements (médecins psychiatres)** *à la fin de la présente rubrique.*

b) d'un médecin spécialiste qui doit se déplacer pour faire un prélèvement d'organes, en préparation d'une greffe.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Déplacement pour prélèvement d'organes.**

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 : *Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce 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.** Voir la Lettre d'entente n^o 157.*

AVIS : *Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'exercer des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle a droit à l'indemnité prévue pour le temps de déplacement. Voir le Protocole d'Accord – Activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec.*

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

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

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

f) d'un médecin spécialiste en anesthésiologie qui se déplace dans le cadre de l'annexe 45, à l'exception de la mesure prévue aux deuxièmes et troisièmes paragraphes de l'article 1.5.

g) d'un médecin spécialiste en chirurgie générale qui se déplace dans le cadre de la lettre d'entente n^o 233, à l'exception de la mesure prévue à l'article 1.6.1.

h) d'un médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui se déplace dans le cadre de la lettre d'entente n^o 234.

ARTICLE 2. TERRITOIRES DÉSIGNÉS

2.1 Celui qui se rend donner des services 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 0,93 \$ 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.

AVIS : *Pour les frais de transport, utiliser le code de facturation **09991**.*

Si plusieurs moyens de transport sont utilisés pour votre déplacement, vous devez utiliser une ligne de facture pour chacun des moyens de transport.

Conserver pour une période de 60 mois les documents concernant les frais de déplacement aux fins de références ultérieures.

b. Le centre hospitalier paie ses frais de séjour.

2.2 S'ajoute une indemnité de 115 \$ l'heure pour le temps de déplacement du médecin spécialiste, jusqu'à concurrence d'un maximum de 9 heures pour l'aller et de 9 heures pour le retour.

AVIS : *Pour le temps de déplacement, utiliser le code de facturation **09992**.*

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

a) Transport aérien ou ferroviaire

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par hélicoptère ou avion personnel ou nolisé de moins de 35 sièges, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et au centre hospitalier est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b).

AVIS : *Lorsqu'il s'agit d'un vol nolisé de plus de 35 sièges, utiliser l'élément de contexte*
Vol nolisé de 35 sièges et plus.

AVIS : *Pour les autres modes de rémunération que l'acte, lorsqu'il s'agit d'un vol nolisé de plus de 35 sièges, si la marque et le modèle de l'avion ne sont pas précisés sur le billet d'avion, utiliser la section Renseignements complémentaires de la [Demande de remboursement des frais de déplacement \(1988\)](#) et inscrire :*

- la marque, le modèle et l'année de l'avion (si mentionné);
- la ou les dates pour le temps d'attente.

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

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

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

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

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

2.4 Celui qui se rend donner des services 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 115 \$ l'heure pour son temps d'attente, maximum 9 heures par jour (y compris le temps de déplacement). Cette indemnité est applicable entre 7 h et 21 h pour l'aller ainsi que pour le retour.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Temps d'attente imprévu entre 7 h et 21 h.**

AVIS : *Pour les autres modes de rémunération que l'acte, utiliser la section Renseignements complémentaires de la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation \(1215\)](#) ou de la [Demande de remboursement des frais de déplacement \(1988\)](#) et inscrire :*

- *la raison du temps d'attente imprévu;*
- *la date;*
- *l'heure de début et l'heure de fin.*

ARTICLE 3. FRAIS MAXIMAUX

3.1 Sauf dans les cas autorisés par les parties négociantes, un médecin spécialiste ne peut demander de frais de déplacement (transport et temps de déplacement) qu'une seule fois pour un même centre hospitalier, au cours d'une semaine, du dimanche au samedi.

1.1 LISTE DES ÉTABLISSEMENTS (médecins psychiatres)

Région 01

- CPEJ de Rivière-du-Loup
- Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Hôpital régional de Rimouski
- CSSS de la Mitis

Région 02

- Hôpital d'Alma
- Hôpital de Chicoutimi
- Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval

Région 03

- Hôpital de Baie-Saint-Paul
- Hôpital de la Malbaie

Région 04

- CSSS du Haut-Saint-Maurice
- Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
- Centre régional de santé mentale

Région 05

- CSSS du Granit

Région 07

- Hôpital de Maniwaki
- Hôpital de Pontiac
- CLSC et centre d'hébergement de la Petite-Nation

Région 08

- Pavillon Sainte-Famille
- Hôpital et centre de réadaptation en dépendance de Val-d'Or
- Hôpital d'Amos
- Hôpital psychiatrique de Malartic
- Hôpital de Rouyn-Noranda
- Centre de soins de courte durée La Sarre

Région 09

- Hôpital Le Royer
- Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Iles

Région 11

- Hôpital de Maria
- Hôpital de Chandler
- Centre hospitalier de l'Archipel
- Centre d'hébergement Mgr Ross
- Hôpital de Sainte-Anne-des Monts

Région 12

- Hôpital de Saint-Georges
- Hôpital de Thetford Mines
- Hôpital de Montmagny
- Centre Multi. SSS de Lac-Etchemin

Région 14

- Centre hospitalier régional de Lanaudière

Région 15

- Hôpital Laurentien
- Centre de services de Rivière-Rouge

RÈGLES D'APPLICATION ET PLAFONNEMENTS

1. RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLE D'APPLICATION N° 1

CURE D'HYPOSENSIBILISATION

Abrogé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 2

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

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

AVIS : *Le médecin qui demande le paiement d'une thérapie de communication, ne doit pas joindre les notes explicatives à la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes, mais doit les conserver au dossier pour références ultérieures.*

RÈGLE D'APPLICATION N° 3

OPHTALMOLOGIE

Actes chirurgicaux

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

Ces chirurgies sont :

07801 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en établissement

07802 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en établissement

07051 Sphinctérotomie

07052 Synéctomie irienne (corélyse)

07137 Iridectomie périphérique ou complète

07814 Corectopie

07461 Exploration chirurgicale d'un globe oculaire

07331 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction

07330 Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophtalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie

07097 Iridotomie, iridectomie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet

07098 Trabéculoplastie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG incluant gonioscopie, réalisée en cabinet privé, incluant la composante technique et les frais en cabinet

07106 Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction chez un patient de moins de 6 ans en établissement seulement

AVIS : *Pour chaque intervention, identifier de quel côté celle-ci a été effectuée à l'aide des éléments de contexte Intervention côté droit et Intervention côté gauche.*

RÈGLE D'APPLICATION N° 4

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

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours de la même séance en obstétrique-gynécologie.*

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.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie du sein effectuée à la demande d'un autre médecin en obstétrique ou gynécologie.*

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.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Obstétricien-Gynécologue assistant un chirurgien d'une autre discipline.*

RÈGLE D'APPLICATION N° 6

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

- Examen du nouveau-né normal.

- Rédaction de la déclaration de décès.
- Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue lors d'une transplantation hépatique.
- Thérapie de communication.
- Visites pour dialyses, sauf s'il s'agit d'une dialyse aiguë entreprise d'urgence pendant l'horaire de garde.
- Réanimation cardio-respiratoire.
- Les visites en pratique hors discipline.
- La visite de contrôle en anesthésie.
- Anesthésie en soins palliatifs – visite de suivi, par jour (services médicaux codés 41023 et 41024).
- Anesthésie en soins palliatifs – Tournée des malades le week-end (services médicaux codés 41025 et 41028).
- Soins de ventilation – Niveau I – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00927 et 41029).
- Soins de ventilation – Niveau II – Contrôle subséquent par visite ou contrôle subséquent le week-end (services médicaux codés 00991 et 41030).
- Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée) par malade.
- Supervision de la tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon, par jour.
- Forfaits de prise en charge du patient et forfaits de prise en charge de l'unité aux soins intensifs.
- Forfait pour chirurgies tumorale ou oncologique complexes (chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire (sauf pour les honoraires d'anesthésie)).
- Thérapie immuno-suppressive et soins médicaux afférents pour transplantations rénale, hépatique ou pancréatique, cardiaque, pulmonaire ou cardio-pulmonaire, traitement complet pré et post-opératoire (services médicaux codés 09489, 09490, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 09491, 00763, 20213, 09350 et 00767).
- Forfait pour le Programme national pour les victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.
- Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles.
- En cardiologie, le supplément à la visite principale, si médecin traitant pour patient admis en urgence (service médical codé 15703).
- Anesthésie en douleur aiguë et/ou post-opératoire (services médicaux codés 41040, 41041, 41051, 41052, 41042, 41043, 41053 et 41054).
- Anesthésie en douleur chronique (services médicaux codés 41055, 41056, 41057, 41058, et 41059)
- Interprétation quotidienne d'un enregistrement d'électroencéphalogramme prolongé avec production d'un rapport (20268, 20269, 20270 et 20271).
- Production d'un rapport final d'un électroencéphalogramme prolongé (20273, 20274, 20275).

RÈGLE D'APPLICATION N° 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. Toutefois, les évaluations préopératoires préopératoires (codes d'actes 15382, 15383, 15384 et 15385) sont payables en sus de la chirurgie, si effectuées dans les 90 jours précédents.

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, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire, thoracique. Est également visée la chirurgie codée 04662.

RÈGLE D'APPLICATION N° 8

URGENCES

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 9

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

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

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

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

AVIS : Pour la facturation du PG-28 relativement aux codes **06137**, **06909** et **06949** dans un établissement désigné, utiliser le code de facturation **70007**.

Le rôle 1 doit être utilisé pour la facturation de ce code.

Pour la facturation en centre hospitalier, veuillez vous référer à la règle 28 du Préambule général.

RÈGLE D'APPLICATION N° 10

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET PELVIENNE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 11

TOMODENSITOMÉTRIE

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

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

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 12

RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

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

RÈGLE D'APPLICATION N° 14

OSTÉODENSITOMÉTRIE RADIOLOGIQUE DXA OU PDXA

Les services médicaux « Mesure de la densité osseuse : ostéodensitométrie radiologique DXA » (codes 08243, 08245 et 08246) et « Microradiographie des mains ou ostéodensitométrie avec appareillage périphérique PDXA » (code 08247) ne peuvent être pratiqués que sur indications médicales précises.

Un seul honoraire de consultation et, le cas échéant, de laboratoire pour ces examens est exigible quel que soit le nombre de sites.

L'honoraire de ces examens n'est exigible qu'une fois par période de 12 mois, par patient. Toutefois, sur indication médicale particulière (tels stéroïdes à haute dose, biphosphonates, greffés rénaux, hémodialyse, polytraumatisés neurologiques), il peut être exigible à tous les 6 mois au cours des 18 premiers mois.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Indication médicale particulière. Ne pas fournir les indications médicales, mais les conserver au dossier aux fins de références.*

Pour donner ouverture au paiement de l'honoraire de consultation, le médecin radiologiste doit ajouter un rapport écrit au rapport informatisé produit par le logiciel de l'appareil.

Lorsqu'un de ces examens a été dispensé à un patient, les services médicaux colonne dorsale (code 08042), bassin 1 incidence (code 08054), colonne lombaire ou lombo-sacrée (code 08059) et hanche unilatérale – 2 incidences ou plus (code 08080) ne peuvent être facturés par la suite à ce même patient lors d'une même séance ou dans les 30 jours suivants dans le même établissement, à la demande du même médecin référant, sauf sur indications cliniques spécifiques tels traumatismes et fractures.

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession. De plus, s'il s'agit d'une indication clinique spécifique, veuillez nous l'indiquer à l'aide du diagnostic médical requis pour cet examen.*

RÈGLE D'APPLICATION N° 16

OSTÉODENSITOMÉTRIE ISOTOPIQUE

En médecine nucléaire, un seul honoraire de l'examen de l'ostéodensitométrie isotopique est exigible, quel que soit le nombre de sites, par année, par patient, par l'ensemble des médecins, sauf pour contrôler un traitement pour ostéoporose où la limite est de 2 par année.

RÈGLE D'APPLICATION N° 17

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Pour un même patient, lorsqu'une ou des perfusions myocardiennes (08660) ainsi qu'une ou des tomographies assistées du cœur (08702) sont pratiquées le même jour, seul le paiement d'une ou des tomographies peut être exigé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 18

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

En oto-rhino-laryngologie, un médecin ne peut réclamer qu'un seul honoraire de visite par jour, par patient, en clinique externe et en cabinet privé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 19

CARDIOLOGIE

1. En cardiologie, aucun honoraire de visite n'est exigible en cabinet privé ou en clinique externe pour un patient lorsqu'une échographie cardiaque a été payée au même médecin, pour le même patient, le même jour.

Toutefois s'il fait, le même jour, une consultation en clinique externe et une échographie cardiaque et s'il rédige un rapport de consultation en plus du rapport spécifique sur l'échographie, le médecin a droit au paiement de la consultation et à 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.

En ce sens, si un même médecin fait, le même jour, une visite en clinique externe ou en cabinet et une échographie cardiaque pour un patient, il est entendu que l'interprétation de l'examen et la rédaction du rapport sont faites le jour de la visite et que l'échographie cardiaque doit être facturée cette même journée.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Consultation en clinique externe effectuée le même jour pour demander 50 % des tarifs de l'échographie cardiaque.***

Cette règle ne s'applique pas à l'analyse des flux intra-cardiaques fœtaux, l'échocardiographie fœtale, l'échocardiographie avec sonde endo-oesophagienne, l'échographie intracoronarienne de même qu'à l'enregistrement d'images des cavités cardiaques, de l'aorte, des veines caves ou des artères pulmonaires par voie endovasculaire.

Cette règle ne s'applique également pas au service médical « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux (code 08303) », lorsque ce service donne droit au paiement d'un supplément de télémedecine en vertu du Protocole concernant la télémedecine et qu'il est effectué auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Service dispensé en vertu du Protocole d'accord concernant la télémedecine.***

Cette règle ne s'applique également pas à la visite principale ou la visite de contrôle effectuée en clinique externe, lorsque réclamée le même jour qu'une échographie cardiaque codée 08304, 08341 ou 08380.

2. En cardiologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

3. En cardiologie, les honoraires des services médicaux « temps angioradiologique et angioplastique » (code 00662) et « temps angioradiologique » (code 00631) ne peuvent être réclamés lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient dans les trente jours suivant la prestation à ce même patient du service médical « Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie » (code 20506) ou « Coronarographie : bénéficiaire de 2 ans ou plus » (code 00294).

AVIS : La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

Également, la présente règle ne s'applique pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé, suite à un transfert du patient d'un établissement effectuant déjà de l'angioplastie, dans un établissement offrant des services spécialisés de niveau tertiaire en angioplastie et qui est désigné par les parties négociantes.

4. *Abrogé.*

5. Les services médicaux « Étude de la morphologie cardiaque et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques par Doppler continu ou pulsé ou les deux » et « Étude de la morphologie cardiaque foetale et évaluation de la fonction ventriculaire par modalité M et bidimensionnelle, incluant l'analyse des flux intracardiaques foetaux par Doppler continu ou pulsé ou les deux », sont rémunérés aux trois quarts du tarif lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé à un patient, par un médecin classé en cardiologie, dans les trente jours suivant la prestation de l'un ou l'autre de ces services médicaux à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Autre étude de la morphologie cardiaque (08303) ou de la morphologie cardiaque foetale (08311) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue pour demander 75 % du tarif de l'un ou l'autre des codes de facturation 08303 ou 08311.**
Voir l'onglet K - Ultrasonographie du Manuel des services de laboratoire en établissement.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas le premier de ces services lorsque celui-ci donne droit au supplément de télémedecine prévu au Protocole concernant la télémedecine et qu'il est dispensé auprès d'un enfant de moins de quatorze ans.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Service en exception à la règle d'application 19.5.**

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque l'un ou l'autre de ces services médicaux est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5.

La présente règle ne s'applique également pas au service subséquent lorsque dispensé à un patient hospitalisé ou vu à la salle d'urgence. Cette exception n'est toutefois applicable qu'une fois par établissement.

6. Le service médical « Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23) » (code 00176) est rémunéré aux trois quarts du tarif lorsque ce service médical est dispensé à un patient par un médecin classé en cardiologie dans les trente jours suivant la prestation de ce service médical à ce même patient, par ce même médecin ou un autre médecin classé en cardiologie.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Autre stimulation programmée du coeur (00176) effectuée dans les 30 derniers jours par un médecin cardiologue pour demander 75 % du tarif du code de facturation 00176.*

La présente règle ne s'applique toutefois pas lorsque ce service médical est dispensé en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

RÈGLE D'APPLICATION N° 20

NEUROCHIRURGIE

En neurochirurgie, un seul honoraire est accordé pour l'ensemble des procédés diagnostiques et thérapeutiques et les chirurgies pratiquées au cours d'une même séance, au même site.

L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Certaines exceptions sont prévues dans la nomenclature.

Cette règle d'application ne s'applique toutefois pas au médecin spécialiste en neurochirurgie qui assiste un chirurgien d'une autre discipline.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie.*
S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.

RÈGLE D'APPLICATION N° 21

CHIRURGIE

En chirurgie, sauf en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En neurochirurgie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En urologie, l'honoraire d'une visite principale, en clinique externe ou en cabinet privé, n'est également exigible qu'une fois par période de six mois, par patient, par médecin, à l'exception de la visite principale effectuée auprès d'un patient de 12 mois ou moins qui peut être réclamée une fois par période de 3 mois (pour les patients de 12 mois ou moins, utiliser le code 15596 en cabinet privé et le code 15597 en clinique externe).

En chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de cinq mois par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer ou d'une tumeur intra-crânienne, ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois mois.

AVIS : *Selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*

- **Suivi d'un patient atteint d'un cancer;**
- **Suivi d'un patient atteint d'une tumeur intracrânienne;**
- **Suivi d'un patient en raison d'une transplantation d'organe.**

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de la présente règle, la visite à la demande d'une sage-femme, la visite à la demande d'un optométriste et la visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste sont considérées comme une visite principale.

RÈGLE D'APPLICATION N° 22

DERMATOLOGIE

1. En dermatologie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un malade suivi pour un cancer, peut être vu pour une nouvelle visite principale aux trois mois.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Suivi d'un patient atteint d'un cancer.*

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

2. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie ou de photochimiothérapie, le paiement de l'honoraire d'une visite effectuée à la même séance.

3. En dermatologie, on ne peut réclamer, pour un patient recevant un traitement de photothérapie, de photochimiothérapie ou de photodynamie qu'un seul traitement par jour.

RÈGLE D'APPLICATION N° 23

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

En cabinet privé, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 4 mois, par patient, par médecin.

En clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de 7 jours, par patient, par médecin.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle applicable.

RÈGLE D'APPLICATION N° 24

NEUROLOGIE

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de deux (2) mois par patient, par médecin. Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

En cabinet privé ou en clinique externe, l'honoraire pour un supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par période de six (6) mois par patient, par médecin.

RÈGLE D'APPLICATION N° 25

UROLOGIE

1. En urologie, la rémunération pour les services médicaux apparaissant au chapitre Procédés diagnostiques et thérapeutiques

sous la rubrique BLOCAGES NERVEUX DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES ainsi que la rémunération pour le service médical « implantation sous-cutanée de substances hormonales » sont comprises dans la tarification du service médical principal.

2. En urologie, le médecin qui voit un patient pour une injection médicamenteuse (papavérine ou autre) pour traiter l'impuissance n'a pas droit au paiement d'honoraires de visites.

3. En urologie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient.

RÈGLE D'APPLICATION N° 26

PSYCHIATRIE

1. En psychiatrie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

2. En psychiatrie, le médecin ne peut réclamer plus d'une visite par jour, par patient, en ce qui a trait aux visites de contrôle et aux tournées de malades.

RÈGLE D'APPLICATION N° 27

MÉDECINE INTERNE, RHUMATOLOGIE ET GÉRIATRIE

1. En médecine interne, le supplément de consultation est payable quatre fois par année, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En rhumatologie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En gériatrie, le supplément de consultation n'est exigible qu'une fois par année, par patient, par médecin, en cabinet privé. En clinique externe, il n'est exigible que deux fois par année, par patient, par médecin.

2. En médecine interne, et en gériatrie, l'honoraire d'une visite de contrôle n'est exigible qu'une fois par période de sept (7) jours, par patient, par médecin, en centre hospitalier de soins de longue durée et en centre d'accueil, alors qu'en rhumatologie, il n'est exigible qu'une fois par semaine, du dimanche au samedi.

3. Pour un patient hospitalisé, un seul honoraire de visite principale peut être réclamé, par période de sept (7) jours, par médecin spécialiste en médecine interne, pour une même hospitalisation.

Les autres visites, qui ne peuvent être considérées comme une visite de transfert, selon la règle 5.2 du Préambule général, sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de cette règle, on ne considère toutefois pas la visite principale du patient qui est effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général par un médecin classé en médecine interne qui voit ce patient pour la première fois durant l'hospitalisation. On ne considère également pas la visite principale du patient qui est effectuée à la salle d'urgence ou aux soins intensifs.

RÈGLE D'APPLICATION N° 28

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

1. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical « Cheville, fracture, uni, bi, trimalléolaire, réduction fermée », (code 02708), lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture de la cheville identifié par les codes 02727, 09542, 18068, 18069 ou 18070.

2. En chirurgie orthopédique, le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour le service médical de réduction fermée pour fracture du fémur identifié par le code de facturation 02690, lorsqu'il pratique, au cours des sept jours suivants, l'un des services médicaux de réduction ouverte pour fracture du fémur identifié par les codes 02673, 02687, 02714, 02716, 02742, 09589 ou 18107.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

3. En chirurgie orthopédique, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, par médecin.

RÈGLE D'APPLICATION N° 29

ALLERGIE

1. En allergie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

RÈGLE D'APPLICATION N° 31

NÉPHROLOGIE

En néphrologie, un seul honoraire de visite est exigible par jour, par patient, par médecin, incluant la tournée des malades.

Cette règle ne s'applique toutefois pas aux visites effectuées à la salle d'urgence ou aux soins intensifs, aux visites de dialyse prévues à l'onglet Consultation et examen et aux visites accomplies en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4.

RÈGLE D'APPLICATION N° 32

EXCISION DE TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

L'honoraire des services médicaux « tumeur bénigne ou précancéreuse, Face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou précancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) ne peut être réclamé plus d'une fois chacun, par patient, au cours d'une même séance.

RÈGLE D'APPLICATION N° 33

ENDOCRINOLOGIE

En endocrinologie, la rémunération des services médicaux suivants est comprise dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale :

- Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient
- ~~- Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire~~

- Perfusion continue d'insuline

RÈGLE D'APPLICATION N° 34

RADIO-ONCOLOGIE

En radio-oncologie, les honoraires des services médicaux « Étude de dosimétrie prévisionnelle » (code 08521), « Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie » (code 08522) et « Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie » (code 08547) ne sont exigibles qu'une fois chacun, par patient, par jour.

RÈGLE D'APPLICATION N° 35

HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

En hématologie-oncologie médicale, les honoraires des visites de contrôle en hospitalisation (codes 09152 et 15010), des tournées des malades le week-end (codes 09161 et 15011) et des visites de suivi oncologique (codes 09012 et 15009) ne sont exigibles qu'une fois par jour, par patient, par médecin au total pour l'ensemble.

En hématologie-oncologie médicale, un seul honoraire de visite principale en clinique externe peut être réclamé par semaine, du dimanche au samedi, par patient, par l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.

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

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

En hématologie-oncologie médicale, un supplément de consultation n'est exigible en clinique externe qu'une fois par période de trois mois, par patient, pour l'ensemble des médecins classés en hématologie-oncologie médicale dans un même groupe (groupe A ou groupe B) et un même établissement. Les différents pavillons d'un centre fusionné sont considérés comme faisant partie du même établissement.

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

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

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

RÈGLE D'APPLICATION N° 36

PHYSIATRIE

Abrogé.

RÈGLE D'APPLICATION N° 37

ANGIORADIOLOGIE

Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le médecin radiologiste qui apporte sa contribution au chirurgien vasculaire principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Compte tenu du degré de difficulté d'une intervention, le chirurgien vasculaire qui apporte sa contribution au médecin radiologiste principal a droit à 50 % des honoraires des actes réalisés au cours de la même séance.

Cette règle s'applique pour les services médicaux codés 08401, 08402, 08403, 08405, 08407, 09432, 09436, 09446, 09447, 09494, et ce, lorsque les services médicaux codés 09432, 09436, 09446, 09447, 09494 sont effectués au cours de la même séance que les services médicaux codés : 08401, 08402, 08403, 08405 et 08407.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Médecin contributeur.**

2. PLAFONNEMENTS D'ACTIVITÉS

2.1 PA 1. Nerf somatique

Le procédé « Blocage d'un nerf somatique », code 00255, est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.2 PA 3. Électroencéphalogramme

En cabinet privé, les services médicaux « Électroencéphalogramme de base » (code 00347) et « Électroencéphalogramme de sommeil » (code 00752) sont sujets à un plafonnement d'activités total de 375 par semestre, pour les deux.

2.3 PA 5. Obstétrique-gynécologie

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie, le nombre de visites prénatales faites par un médecin, est sujet au plafonnement d'activités de 12 par grossesse pour une grossesse normale.

2.4 PA 8. Blocage paravertébral

Le procédé « blocage paravertébral de nerf somatique » (code 00267) est sujet au plafonnement d'activités de 500 par semestre.

2.6 PA 17. Ophtalmologie

1. Le service médical « Bilan orthoptique : Interprétation ou enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotopie, d'amblyopie et du suivi post-opératoire du strabisme » (code 00579) est sujet à un plafonnement d'activités de 1 750 par semestre.

2. Un plafonnement d'activités de 500 par semestre au total pour les deux services médicaux suivants : « Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé, cataracte membraneuse ou débris de cristallin résiduel dans la chambre antérieure » (code 07227) et « Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal » (code 07261).

Pour le surplus, le médecin est payé à 85 % du tarif.

3. Les services médicaux « Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction » (code 07331) et « Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction chez un patient de moins de 6 ans en établissement seulement » (code 07106) sont sujets à un plafonnement d'activités de 1 000 par semestre.

Pour le surplus, le médecin est payé à 80 % du tarif jusqu'à concurrence de 1 500. Au-delà de 1 500, le médecin est payé à 60 % du tarif.

Date de prise d'effet : 1^{er} décembre 2015

Toutefois, on applique pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2015 les plafonnements suivants : Le plafonnement d'activités prévu à l'article 2 est fixé à 84 services médicaux. Les actes excédentaires sont payables à 85 % du tarif; le plafonnement prévu à l'article 3 est fixé à 168 services médicaux. Pour le surplus, le médecin est payé à 80 % du tarif jusqu'à concurrence de 252 services médicaux et à 60 % pour les actes excédentaires.

2.7 PA 18. Oto-rhino-laryngologie

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Le service médical « Excision, corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) » (code 07197), est sujet à un plafonnement de 25 par semestre.

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

2. Le service médical « audiométrie tonale, interprétation et technique de procédé », (code 00180), est sujet à un plafonnement de 500 par semestre.

3. Le service médical « audiométrie tonale et vocale, interprétation et technique de procédé », (code 00747), est sujet à un plafonnement de 750 par semestre.

4. Le service médical « impédancemétrie incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale », (code 00796), est sujet à un plafonnement de 250 par semestre.

2.8 PA 20. Visites à domicile

Les visites à domicile sont sujettes à un plafonnement de 65 900 \$ par semestre.

2.9 PA 23. Psychiatrie

Pour le médecin classé en psychiatrie, on applique un plafonnement de 72 100 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites de contrôle et les tournées des malades.

2.10 PA 24. Examens in vitro

Les examens in vitro de la section Médecine nucléaire du Tarif de la médecine de laboratoire, sont sujets au plafonnement de 44 300 \$ par semestre.

2.11 PA 25. Médecine interne, rhumatologie et gériatrie

1. Pour le médecin classé en médecine interne, en rhumatologie ou en gériatrie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades le week-end est plafonné à 2 950 au total pour les deux, par semestre, à l'égard des patients hospitalisés en centre hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée, exception faite des tournées des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

2. Pour le médecin classé en gériatrie, on applique un plafonnement d'activités de 2 770 \$ par semestre pour les visites de contrôle en centre hospitalier de soins de longue durée.

2.13 PA 29. Neurologie

1. Pour le médecin classé en neurologie, on applique un plafonnement d'activités de 700 actes par semestre, accumulées parmi les 4 services médicaux suivants :

Code 20248 Étude myoneurale, 5 unités et moins

Code 20250 Étude myoneurale longue, plus de 5 unités

Code 20251 Étude myoneurale pour les cas complexes

Code 20249 Étude myoneurale pour diagnostic confirmé et principal de tunnel carpien uni ou bilatéral

AVIS : *Tout supplément d'activité sera payé au quart du tarif.*

2. Pour le médecin classé en neurologie, le nombre de visites de contrôle et de tournées des malades est plafonné à 1 650 au total pour les deux par semestre, à l'égard des patients hospitalisés dans un centre hospitalier de soins de courte durée.

AVIS : *Tout supplément d'activité sera payé au quart du tarif.*

2.14 PA 30 Dermatologie

Pour le médecin classé en dermatologie, on applique les plafonnements d'activités suivants :

1. Un plafonnement de 13 310 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture » (code 01101) et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, face, cou et organes génitaux, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 2 cm ou moins » (code 01102).

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

2. Un plafonnement de 7 270 \$ par semestre pour les deux services médicaux suivants : « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, sans suture, 5 cm ou moins » (code 01108) et « tumeur bénigne ou pré-cancéreuse, autre région, sans anesthésie ou sous anesthésie locale, avec suture, 5 cm ou moins » (code 01121).

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

2.15 PA 31 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de 28 600 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Cardio-vasculaire*, sous la rubrique *Varices et ulcères variqueux*.

2.16 PA 33 Radio-oncologie

Pour le médecin classé en radio-oncologie, on applique un plafonnement d'activités de 24 940 \$ par semestre pour les honoraires qu'il touche pour les visites d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).

2.17 PA 34 Cardiologie

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

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

2.18 PA 35 Déglutition par vidéoendoscopie

Le service médical « Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant » est sujet à un

plafonnement d'activités de 25 par semestre.

2.19 PA 36 Gastro-entérologie

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical dispensé à un malade atteint d'un cancer, non visé par un plafonnement.**

2.20 PA 37 Anatomo-pathologie

Abrogé.

2.21 PA 38 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement d'activités de 28 600 \$ par semestre pour l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Cardio-vasculaire*, sous la rubrique *Varices et ulcères variqueux*.

2.22 PA 39 Pédiatrie

Pour le médecin spécialiste en pédiatrie, on applique un plafonnement de 80 visites de contrôle en hospitalisation par médecin, par période de 24 heures, soit de 7 h à 7 h.

Pour le surplus, le médecin est payé à 20 % du tarif

Autres plafonnements d'activités

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

3. PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE

PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX

AVIS : *Aux fins d'application des plafonnements, il serait souhaitable pour les professionnels qui facturent des services en laboratoire de soumettre une demande de paiement dont la période coïncide avec la date de fin de semestre, soit le 30 juin et le 31 décembre de chaque année. Faute de quoi la Régie établira un prorata selon le nombre de jours facturés pour la période chevauchant la date de fin d'un semestre (pour les professionnels qui utilisent la Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte (1606).*

3.1 PG 1 Plafonnement de gains bruts

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

Spécialité	Montant

Santé communautaire	270 800 \$
Biochimie	248 600 \$
Psychiatrie	370 500 \$

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

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

3.2 PG 2 Plafonnement de gains nets

3.2.1 Sous réserve de l'article 3.2.2, on applique aux médecins spécialistes un plafonnement global de gains de pratique de 278 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

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

Pour le médecin spécialiste classé en pédiatrie, ce plafonnement est fixé à 256 800 \$ par semestre. Pour le médecin classé en génétique médicale, ce plafonnement est fixé à 338 400 \$ par semestre.

De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine nucléaire, ce plafonnement est fixé à 392 500 \$ par année civile.

3.2.3 Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains. Toutefois, pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains. De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

Aux fins de l'application de ce plafonnement, sauf en ce qui a trait à son application au médecin classé en microbiologie-infectiologie, au médecin classé en génétique médicale et au médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient pas compte des gains de pratique en établissement. Pour le médecin classé en microbiologie-infectiologie, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant du supplément de consultation et de la visite principale qui s'y rattache. Pour le médecin classé en médecine nucléaire, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique en établissement provenant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5.

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

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

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

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

3.2.7 Aux fins d'application du plafonnement prévu à l'article 3.2.1 et nonobstant l'article 3.2.3, on ne tient compte, pour les gains de pratique provenant de la prestation du service médical codé 06155, que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.

3.3 Divers

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

PLAFONNEMENTS PARTICULIERS

3.4 PG 3 Cardiologie

Pour le médecin classé en cardiologie, on applique un plafonnement de gains de pratique en cabinet privé, fixé à 293 500 \$ 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 114 500 \$ pour chacun des semestres d'une année civile.

3.9 PG 8 Chirurgie générale

Pour le médecin classé en chirurgie générale, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 156 000 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

- i) l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé et apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous la rubrique *Chirurgie générale*;
- ii) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous les rubriques *Hors discipline* et *Divers*;
- iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie*;
- iv) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler 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 184 100 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux dispensés en cabinet privé, à l'exclusion des services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques* ainsi que des services apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, à la rubrique *Néphrologie* sous la section *Dialyse*.

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

3.11 PG 10 Chirurgie vasculaire

Pour le médecin classé en chirurgie vasculaire, on applique un plafonnement de gains de pratique, fixé à 124 250 \$ pour chacun des semestres d'une année civile, pour l'ensemble des services médicaux suivants :

i) l'ensemble des services médicaux apparaissant au chapitre *Tarification des visites*, sous les rubriques *Hors discipline, Divers* et *Chirurgie vasculaire*, exception faite dans ce dernier cas des forfaits de prise en charge du patient aux soins intensifs;

ii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, sous la rubrique *Pléthysmographie*;

iii) les services médicaux apparaissant au chapitre *Ultrasonographie* sous la rubrique *Examens Doppler pour fins de diagnostic*.

3.12 PG 11 Hématologie-oncologie médicale

Pour le médecin classé en hématologie-oncologie médicale, les majorations d'honoraires payables en vertu des Règles 23.8 et 32 du *Préambule général* de l'annexe 4 pour un patient de moins de 18 ans ou pour un patient de 70 ans et plus ne s'appliquent plus, au cours d'une année civile, lorsque les gains de pratique du médecin, incluant ces majorations, excèdent 527 800 \$ au cours de cette année. Aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient toutefois pas compte des gains de pratique du médecin prévus au *Tarif de la médecine de laboratoire*.

Plafonnement de pratique particulière

3.13 PG 12 Programme de chercheurs-cliniciens de carrière

3.13.1. On applique au médecin qui participe au programme de chercheur-clinicien de carrière et qui est désigné par les parties négociantes en raison du fait qu'il est décompté du plan des effectifs médicaux, un plafonnement de gains de pratique pour l'exercice de sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie. Ce plafonnement de gains de pratique s'applique de façon annuelle et en lieu et place de tout autre plafonnement de gains de pratique prévu à l'Accord-cadre.

Le montant du plafonnement de gains de pratique dans le régime d'assurance maladie est établi à 55 % de la moyenne annuelle de rémunération de la spécialité dans laquelle le médecin est classé. Le plafond pour chacune des spécialités est prévu dans le tableau ci-dessous.

3.13.2. Aux fins de l'application du plafonnement de gains de pratique, on ne tient compte, pour les gains de pratique en cabinet privé, que de 65 % de ces gains, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique et à l'égard des services de physiothérapie rendus par les médecins spécialistes en physiatrie pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains.

Spécialité	Plafond (55 %)
Allergie et immunologie clinique	187 400 \$
Anatomo-pathologie	266 000 \$
Anesthésiologie	280 900 \$
Microbiologie médicale et infectiologie	248 300 \$
Biochimie médicale	176 800 \$
Cardiologie	319 800 \$
Chirurgie générale	288 500 \$
Chirurgie orthopédique	268 300 \$
Chirurgie plastique	248 900 \$

Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	349 700 \$
Dermatologie	178 200 \$
Gastroentérologie	288 800 \$
Obstétrique et gynécologie	223 500 \$
Oncologie médicale	255 800 \$
Pneumologie	231 800 \$
Médecine interne	246 300 \$
Médecine physique et réadaptation	174 000 \$
Neuro-chirurgie	282 300 \$
Neurologie	195 700 \$
Ophtalmologie	339 100 \$
Oto-rhino-laryng./chir. cervico-faciale	227 000 \$
Pédiatrie	198 300 \$
Psychiatrie	233 800 \$
Radiologie diagnostique	352 100 \$
Radio-oncologie	281 900 \$
Urologie	258 400 \$
Médecine nucléaire	243 500 \$
Néphrologie	242 000 \$
Endocrinologie et métabolisme	168 400 \$
Rhumatologie	168 700 \$
Santé pub./méd. préventive ou du travail	146 800 \$
Gériatrie	265 600 \$
Génétique médicale	243 000 \$
Médecine d'urgence	257 100 \$
Chirurgie vasculaire	267 700 \$

Pour les gains de pratique en cabinet provenant des visites en ophtalmologie, on ne tient compte que de 55 % de ces gains.

Pour les gains de pratique en cabinet privé provenant de la prestation des services de procréation assistée mentionnés à la rubrique « Procréation assistée » de l'Addendum 6 – Obstétrique-Gynécologie ou à la rubrique Urologie – D) Procréation assistée de l'onglet Procédés diagnostiques et thérapeutiques, on ne tient compte que de la portion de ces gains correspondant aux honoraires qui auraient autrement été payables pour ces services s'ils avaient été dispensés en établissement.

Pour les gains de pratique en cabinet provenant de la prestation du service médical codé 06155, on ne tient compte que de la portion des gains correspondant aux honoraires prévus au code 06232.

De plus, aux fins de l'application de ce plafonnement, on ne tient pas compte des suppléments d'honoraires payables en vertu des Règles 41 et 42 du Préambule général.

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

3.13.3. Toutefois, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général de l'annexe 4, de la règle 4 du Préambule général de l'annexe 5 ou de la règle 4.2 de l'annexe 38 ne sont pas sujets à ce plafonnement de gains de pratique, une fois le maximum atteint.

DISPOSITIONS TARIFAIRES

(MÉDECINS SPÉCIALISTES)

ACCORD-CADRE DU 1^{er} OCTOBRE 1995

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

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

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

A - PRÉAMBULE GÉNÉRAL

RÈGLE 1.

PAIEMENT

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

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

RÈGLE 2.

FRAIS DE PRATIQUE

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

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

AVIS : Voir la rubrique [Frais facturés aux personnes assurées \(frais accessoires\)](#).

RÈGLE 3. ENSEIGNEMENT CLINIQUE

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

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

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

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

RÈGLE 4. TARIFICATION NOUVELLE

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

AVIS : *Inscrire le code de facturation 09990.*

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 5. VISITES

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

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

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

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

unité de soins intensifs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : *Voir le code de facturation 15139 sous l'onglet B - Tarification des visites.*

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

AVIS : *Voir le code de facturation 16111 sous l'onglet B - Tarification des visites.*

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

5.5 Le médecin spécialiste qui suit un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, peut demander paiement d'une visite principale subséquente par trimestre, sauf pour le médecin classé en pédiatrie lequel peut demander le paiement d'une visite principale subséquente par mois.

AVIS : Voir les codes de facturation **00035, 00047, 08785, 08793, 08832, 08947, 09060, 09061, 09062, 09296, 09297, 09298, 15006, 15026 ou 15332** selon la spécialité sous l'onglet B - Tarification des visites.

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : Inscrire l'heure de la visite.

Dans une unité de soins de néonatalogie, un maximum d'unités de visite de contrôle peut être réclamé, par patient, entre 7 heures et 19 heures, par l'ensemble des médecins classés en pédiatrie. Pour un patient qui n'est pas sous respirateur, ce maximum est de trois (3) unités de visite de contrôle. Pour un patient sous respirateur, ce maximum est de cinq (5) unités de visite de contrôle.

AVIS : Inscrire l'heure de la visite.

*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Patient sous respirateur**.*

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 6. MALADE DIRIGÉ

Certaines dérogations sont ici apportées pour la médecine et l'anesthésiologie.

Pour la chirurgie, c'est l'addendum 4 qui s'applique.

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

CONSULTATION ET PRISE EN CHARGE

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

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

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

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

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

On accorde ce supplément au médecin spécialiste auquel un malade est confié pour qu'il le traite, en raison de la gravité ou de la complexité de son état.

Ce supplément d'honoraires est payé pour le premier examen. Celui qui a vu un malade en consultation, n'y a pas droit.

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

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

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

6.4 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires, adresse un rapport au médecin ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) ou au dentiste qui lui a dirigé le malade.

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

ÉPREUVE DIAGNOSTIQUE OU TRAITEMENT

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

RÈGLE 7.

THÉRAPIE DE COMMUNICATION

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 8.

PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

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

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

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

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

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

8.3 Toutefois, en ophtalmologie, sont payées à 75 % les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance et apparaissant sous la rubrique OPHTALMOLOGIE, sauf la procédure principale.

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

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

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

d'une même séance.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **PDT multiple en endocrinologie, exécuté au cours d'une même séance, mentionné à la règle 8.4 du Préambule général.**

8.5 Toutefois, en dermatologie, lors du traitement de l'hyperhidrose palmo-plantaire, les injections de toxine botulinique effectuées sur chaque paume ou plante supplémentaire sont payées au tarif régulier lorsque exécutées lors d'une même séance (code 20144).

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Injection de toxine botulinique multiple exécutée lors d'une même séance.**

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

RÈGLE 9. SURVEILLANCE

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

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

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

9.2 La tarification de la surveillance dépend de sa durée.

Une surveillance comporte une durée de trente minutes; si elle se prolonge, on compte chaque période additionnelle de quinze minutes.

La tarification est de 41,15 \$ par période.

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

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

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

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

RÈGLE 10. SOINS SIMULTANÉS

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

RÈGLE 11.

RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

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

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

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

RÈGLE 12. HONORAIRE GLOBAL

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

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

RÈGLE 13. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

RÈGLE 14. SOINS D'URGENCE

La règle de tarification qui suit, a trait aux soins d'urgence donnés en médecine, en chirurgie et en anesthésiologie dans les centres hospitaliers de courte durée.

Elle ne s'applique pas au médecin spécialiste qui voit des malades comme médecin de première ligne aux urgences de l'établissement.

14.1 Le médecin spécialiste qui est appelé pour une urgence pendant l'horaire de garde, a droit au paiement d'honoraires majorés.

L'horaire de garde s'entend : en semaine, de la période comprise entre 19 heures et 7 heures, du week-end et des jours fériés.

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

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

Pour déterminer la majoration, on retient : l'heure du début de la visite ou de la chirurgie; en obstétrique, l'heure de la naissance.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG** et indiquer l'heure de début du service.

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Soins d'urgence selon la règle 14 du PG et indiquer l'heure de début du service.*

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

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

- Code de facturation **09203** de minuit à 7 h;
- Code de facturation **09204** de 7 h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 19 h à minuit, les autres jours. Inscrire l'heure de début du service.

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

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients ou;
- la facturation des actes posés pour chacun des patients, **mais jamais les deux pour ce même déplacement**. Pour indiquer qu'il s'agit d'un nouveau déplacement, utiliser l'élément de contexte **Séance différente**.

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

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

Voir les [calendriers des jours fériés](#).

RÈGLE 15.

TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

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

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

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

RÈGLE 16.

HONORAIRE ADDITIONNEL

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Service médical dont la complexité est inhabituelle.**

Attendre de recevoir la correspondance de la Régie pour fournir les renseignements décrivant l'acte posé et si nécessaire le compte rendu opératoire servant à l'appréciation de la demande d'honoraires additionnels.

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

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

RÈGLE 17.

TARIF DE LA PRATIQUE EN ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 18.

VISITE À DOMICILE

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

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

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

Les autres visites sont des visites de contrôle.

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

disposition contraire au tarif.

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

RÈGLE 19.

RAPPORTS MÉDICAUX

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

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

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

RÈGLE 20.

DÉCLARATION DE DÉCÈS

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

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

RÈGLE 21.

CLASSIFICATION

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 22.

PRATIQUE HORS DISCIPLINE

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

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

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

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

RÈGLE 23.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 24

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 264 \$, sont majorés à 264 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

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

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

Utiliser les éléments de contexte **Patient sous anesthésie générale et Acte fait seul.**

RÈGLE 25.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 66,50 \$, sont majorés à 66,50 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

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

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

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

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

RÈGLE 26.

VISITE D'UN MALADE ATTEINT D'UN CANCER

26.1 Pour le médecin classé en chirurgie générale ou en chirurgie vasculaire, on majore de 80 % l'honoraire des visites principales effectuées en externe ou en cabinet privé pour le suivi d'un malade atteint d'un cancer, à l'exception de la visite principale d'un

malade atteint d'un cancer de la peau pour laquelle la majoration ne s'applique que lorsqu'il y a un diagnostic de mélanome.

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

Indiquer le code de diagnostic médical.

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

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

Indiquer le code de diagnostic médical.

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

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

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

Indiquer le code de diagnostic médical.

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

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

Indiquer le code de diagnostic médical.

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

RÈGLES 27.

PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN UROLOGIE

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

Les honoraires de la visite faite le même jour sont alors inclus.

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

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

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

RÈGLE 28.

SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL

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

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

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

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

AVIS : Le rôle 1 doit obligatoirement être utilisé pour ces codes de facturation.

- Pour le médecin classé en pédiatrie :

*Utiliser le code de facturation **70002** pour la facturation relative aux codes de facturation **00234**, **00249** et **00863**. Pour les autres codes de facturation, utiliser le code de facturation **70000**.*

- Pour le médecin classé en médecine d'urgence :

*Utiliser le code de facturation **70006** pour la facturation du PG-28 relative à la facturation des codes de facturation **00746**, **00777**, **01011**, **01015**, **01215**, **01216**, **05144**, **06062** et **07068**. Pour les autres codes de facturation, utiliser le code de facturation **70000**.*

- Pour les autres spécialités sauf la chirurgie générale :

*Utiliser le code de facturation **70000**.*

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

AVIS : Le rôle 1 est obligatoire pour ce code de facturation.

*Pour le médecin classé en chirurgie générale, utiliser le code de facturation **70005**.*

AVIS : À compter du 1^{er} mai 2021, pour le médecin classé en médecine interne, cet honoraire ne s'applique pas pour les procédures d'endoscopies digestives hautes et basse ainsi que pour l'endoscopie pulmonaire, incluant les suppléments s'y rapportant. Les codes de facturation concernés sont les suivants : **00635,**

00691, 00697, 00700, 00703, 09362 et 09363. Ce changement fait suite à la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

28.3 De plus, pour le médecin spécialiste classé en médecine interne, cet honoraire ne s'applique pas pour les services médicaux codés 00635, 00691, 00697, 00700, 00703, 09362 et 09363.

RÈGLE 29.

MAJORATION POUR CERTAINES PATHOLOGIES

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

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

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic médical.*

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

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

Liste des pathologies spécifiées par les parties négociantes :

446.0 Périartérite noueuse

446.1 Fièvre cutanéomuqueuse et ganglionnaire

446.2 Angéite allergique

446.3 Granulome malin de la face

446.4 Granulomatose de Wegener

446.5 Artérite à cellules géantes

446.6 Purpura thrombocytopénique thrombotique

446.7 Maladie de Takayashu

446.9 Périartérite noueuse et affections apparentées – sans précision

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

696.0 Arthropathie psoriasique

710 Maladies disséminées du tissu conjonctif, sauf 446

710.0 Lupus érythémateux aigu disséminé, sauf 695.4

710.1 Sclérodermie progressive, sauf 701.0

710.2 Syndrome de Gougerot-Sjogren

710.3 Dermatomyosite

710.4 Polymyosite

710.8 Maladies disséminées du tissu conjonctif - autres

710.9 Maladies disséminées du tissu conjonctif – sans précision

711 Arthropathies associées à des infections, sauf 390

711.0 Arthrite à bactéries pyogènes

711.1 Arthropathies au cours du syndrome de Reiter et affections apparentées

711.2 Arthropathies au cours du syndrome de Behçet

711.3 Arthropathies associées à des infections intestinales

711.4 Arthropathies associées à d'autres maladies bactériennes

711.6 Arthropathies associées à des mycoses

711.7 Arthropathies associées aux helminthiases

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

711.9 Arthrite infectieuse – sans précision

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

713.1 Arthropathies associées aux affections gastro-intestinales non infectieuses

713.2 Arthropathies associées aux affections hématologiques, sauf 713.6

713.3 Arthropathies associées à des affections dermatologiques

713.4 Arthropathies associées à des affections respiratoires, sauf 711

713.5 Arthropathies associées à des affections neurologiques

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

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

714.0 Arthrite rhumatoïde

714.1 Syndrome de Felty

714.2 Autres arthrites rhumatoïdes avec atteinte viscérale

714.3 Polyarthrite chronique juvénile

714.4 Arthrite rhumatoïde de Jaccoud

714.8 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires - autres

714.9 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires – sans précision

720 Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires

720.0 Spondylarthrite ankylosante

720.2 Sacro-iléite, non classée ailleurs

720.8 Autres spondylopathies inflammatoires

720.9 Spondylopathies inflammatoires – sans précision

725 Pseudo-polyarthrite rhizomélisque

725.9 Pseudo-polyarthrite rhizomélisque – sans précision

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

Sont également visés par cette majoration de 15 %, les honoraires de la visite principale en externe et en cabinet, de la visite à l'unité coronarienne et de la tournée des malades le week-end pour l'unité coronarienne.

AVIS : Incrire les codes de diagnostic médical.

*Utiliser l'élément de contexte **Deuxième pathologie dans un système anatomique différent de celui de la première.***

La deuxième pathologie doit faire partie de la liste ci-dessous et doit être dans un système anatomique différent de celui de la première pathologie.

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

Liste des pathologies spécifiées par les parties négociantes :

Neurologie :

1. Maladie neuro-dégénérative

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

2. Maladie neuro-vasculaire

430.9 - 438.9 (sauf 435)	AVC
435.9	ICT

780.2	<i>Syncope</i>
346.0 - 346.9	<i>Migraine</i>
780.4 ou 386.0 - 386.9	<i>Vertige</i>
458.0	<i>Hypotension orthostatique</i>
358.0 - 358.9	<i>Neuromyopathie</i>
356.0 - 356.9	<i>Polyneuropathie (étiologies diverses)</i>
357.0 - 357.9	
359.0 - 359.9	<i>Myopathies (étiologies diverses)</i>

3.

191.0 - 191.9	<i>Tumeur cérébrale</i>

Endocrinologie :

1. Endocrinopathie

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

Cardio-vasculaire :

1.

414.0	<i>Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)</i>
413.9	<i>Angine</i>

411.90	<i>Angine instable</i>
411.90	<i>Syndrome coronarien aigu</i>
410.9	<i>Infarctus avec élévation du segment ST</i>
410.9	<i>Infarctus sans élévation du segment ST</i>
413.9 ou 411.90	<i>Ischémie silencieuse</i>
2.	
440.9	<i>Maladie vasculaire (MVAS)</i>
443.9	<i>Maladie artérielle périphérique (MAP)</i>
443.9	<i>Claudication intermittente</i>
433.10 - 433.11	<i>Artériosclérose carotidienne</i>
444.0 - 444.9	<i>Ischémie artérielle aiguë (embolie ou thrombose)</i>
444.2	<i>Ischémie digitale / blue toe (embolie ou thrombose)</i>
3.	
441.0 - 442.9	<i>Anévrisme vasculaire</i>
4.	
393.9 - 398.9	<i>Valvulopathies rhumatismales</i>
424.0 - 424.9	<i>Valvulopathies non rhumatismales</i>
5.	
996.61 ou 996.62	<i>Infection prothèse vasculaire</i>
6.	
428.0 - 428.9	<i>Insuffisance cardiaque</i>
7.	
427.0 - 427.9	<i>Arythmie</i>
427.31	<i>Fibrillation auriculaire</i>
427.4	<i>Fibrillation ventriculaire</i>
427.32	<i>Flutter auriculaire</i>
427.4	<i>Flutter ventriculaire</i>
427.0	<i>TSVP (tachycardie supraventriculaire paroxystique)</i>
427.0	<i>TAM (tachycardie auriculaire multifocale)</i>

427.89	<i>Bradycardie sévère</i>
426.12 ou 426.0	<i>Bloc AV (auriculo-ventriculaire) de haut grade (type 2b et 3ième degré)</i>
427.81	<i>Syndrome de tachycardie-bradycardie</i>
427.81	<i>Maladie du noeud sinusal</i>

Respiratoire :

1.

490.9 - 494.9	<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique et asthme</i>

2.

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

3.

514.9 - 518.89	<i>Pneumopathies touchant le tissu interstitiel (ex : fibrose pulmonaire-ARDS)</i>

4.

162.0 - 162.9	<i>Tumeur pulmonaire</i>

Digestif :

1.

150.0 - 159.9	<i>Tumeur digestive</i>

2.

555.0 - 558.99	<i>Entérite et colite non infectieuse (inflammatoire ou ischémique)</i>

3.

579.0 - 579.9	<i>Malabsorption</i>

4.

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

5.

571.0 - 571.9	<i>Cirrhose</i>

6.

574.0 - 577.9	<i>Maladie des voies biliaires et du pancréas</i>

Néphrologie :

1. Maladie lithiasique

592.0 - 594.9	<i>Urolithiase symptomatique</i>

592.0 - 594.9 *Néphrolithiase symptomatique*

592.0 - 594.9 *Colique néphritique*

2.

584.5 - 586.9 *Insuffisance rénale*

3. Néphropathie

581.0 - 581.9 *Syndrome néphrotique*

580.0 - 580.9 ou
582.0 - 583.9 *Syndrome néphritique*

791.0 *Protéinurie*

580.0 - 583.9 *Glomérulonéphrite (étiologies diverses)*

791.0 *Microalbuminurie*

403.91 *Népropathie hypertensive avec insuffisance rénale*

4.

188.0 - 189.9 *Tumeur urologique*

5.

405.9 *Hypertension secondaire*

6.

642.31 - 642.94 *Hypertension gestationnelle*

Hématologie :

1. Anémie

281.0 - 281.9 *Anémie par déficience vitaminée ou autre
(sauf fer)*

280.90 - 280.99 *Anémie ferriprive*

285.0 - 285.9 *Anémie postopératoire sévère (nécessitant transfusion)*

2.

288.0 - 289.9 *Dyscrasie sanguine*

3.

204.00 - 208.91 *Leucémie*

4.

200.0 - 208.91
(sauf leucémies) *Tumeur maligne*

5.

444.0 - 444.9 *Maladie thrombo-embolique*

6.

286.9 *Thrombophilie*

286.0 - 286.9 *Trouble de coagulation*

Rhumatologie :**1. Arthrite**

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

2.

446.0 - 446.7 ou 447.6	<i>Vasculite (Wegener, PAN, v.leucocytoclasique)</i>

3.

710.0 - 710.9	<i>Collagénose</i>

4.

733.0	<i>Ostéoporose fracturaire</i>

5. Maladie infiltrative

729.3	<i>Panniculite</i>
695.2	<i>Érythème noueux</i>
135.9	<i>Sarcoïdose</i>

Intoxication :

977.9	<i>Médicamenteuse</i>
969.0	<i>Tricycliques</i>
965.4	<i>Acétaminophène</i>
965.1	<i>Acide acétylsalicylique</i>

Polyintoxication

977.9	Médicaments non précisés
	Médicaments précisés : les coder tous
980.1	- Méthanol
982.8	- Éthylène glycol
980.0	- Éthanol

Maladies infectieuses :

038.0 - 038.9	<i>Sepsis</i>

Infection système nerveux central

045.0 - 049.9	- virale
320.0 - 326.9	- bactérienne
421.0 - 421.9 ou 424.0 - 424.9	Endocardite
480.0 - 486.9 ou	Pneumonie
487.0 - 487.9	- si avec grippe
513.0 - 513.1	Abcès poumon
510.0 - 510.9	Empyème (pyothorax)

001.0 - 009.3	Gastro-entérite infectieuse (virale ou bactérienne) Diarrhée infectieuse Entérite infectieuse Colite infectieuse Infection urinaire

599.0	- sans précision
595.0 - 595.9	- si cystite
590.0 - 590.9	- si pyélonéphrite

711.0 - 711.9	Arthropathie associée à des infections
996.66 ou 996.67	- si prothèse ou plaque

VIH - SIDA

795.8	- Séropositivité
042.9	- SIDA
043.0 - 044.9	- Affections dues à l'infection par le VIH

681.0 - 682.9	Infections des tissus mous (cellulite)

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

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

AVIS : *Inscrire les codes de diagnostic médical.*

*Utiliser l'élément de contexte **Trois pathologies dans des systèmes anatomiques différents.***

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

Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés sous la

règle 29.2, voir le tableau de correspondance à la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

RÈGLE 30.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

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

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

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

RÈGLE 31.

VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN NEUROCHIRURGIE

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

RÈGLE 32.

VISITES ET PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES EN HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE MÉDICALE

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

RÈGLE 33.

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE

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

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

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

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

RÈGLE 34.

RÉUNION CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

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

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

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

34.2 Le médecin spécialiste qui participe à une réunion clinique multidisciplinaire a droit au paiement d'honoraires de 211 \$. La participation du médecin doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée.

S'y ajoute un supplément de 52,75 \$ par quart d'heure additionnel.

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

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

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

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

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

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

- Annexe 41 concernant la rémunération des médecins spécialistes en anesthésiologie dans les centres de traitement de la douleur chronique
- Annexe 42 concernant l'instauration de modalités de rémunération particulières aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie
- Annexe 43 concernant l'instauration d'un programme de congé parental pour les médecins spécialistes
- Annexe 44 concernant l'instauration d'un programme de développement professionnel et de maintien des compétences
- Lettre d'entente n° 152 concernant la poursuite de stages de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base pour les médecins spécialistes en chirurgie générale
- Lettre d'entente n° 168 concernant la rémunération des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie dans le cadre du programme Ampro^{OB} dans les établissements de santé du Québec
- Lettre d'entente n° 203 concernant le projet pilote du Centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de

Montréal

- Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence (EVAQ)
- Forfait pour chimiothérapie
- Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.
- Protocole concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma team leader) dans un centre de traumatologie désigné.

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

AVIS : Voir les codes de facturation **15405** et **15406** à la section Divers sous l'onglet B – Tarification des visites du [Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte](#).

RÈGLE 35.

COMMUNICATION PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UN INTERPRÈTE

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

RÈGLE 36.

INTERVENTION CLINIQUE À LA SUITE D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

36.1 L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir d'un patient est réalisée par le médecin qui accepte d'accompagner un patient (ci-après le « médecin accompagnateur ») dans le cadre du processus faisant suite à sa demande d'aide médicale à mourir. À ce titre, le médecin accompagnateur vérifie que le patient satisfait aux conditions prévues à la Loi. Lorsqu'il conclut que l'aide médicale à mourir peut être administrée et que le patient maintient sa demande, il la lui administre, l'accompagne et demeure avec lui jusqu'à son décès, le tout selon les modalités requises.

L'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir s'applique également à l'égard de l'intervention du médecin qui, à la demande du médecin accompagnateur, fournit un second avis sur le respect des conditions prévues à la Loi.

L'intervention clinique inclut, le cas échéant, la vérification de la demande du patient, la gestion de son transfert, l'évaluation de la recevabilité de la demande, la révision du dossier, les communications avec le patient ou avec ses proches, l'information à lui transmettre quant au processus lui-même, le soutien à lui apporter et le respect des modalités requises. Elle inclut également les échanges avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le patient ou avec les autres professionnels ou personnes concernés. Toutefois, elle n'inclut pas le temps requis pour la gestion des médicaments ou le complètement des formulaires suivants, lesquels services sont rémunérés selon la tarification qui leur est applicable :

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

Les honoraires payables pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir sont prévus à la nomenclature. Ils s'appliquent en lieu et place de tous autres honoraires de visites qui pourraient autrement être applicables pour une intervention effectuée dans le cadre d'une aide médicale à mourir. Une séance ne doit pas durer moins de quinze (15) minutes.

consécutives. Par la suite, une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes consécutives complétées peuvent être réclamées.

Le médecin doit compléter des notes au dossier du patient.

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

36.2 Les dispositions relatives à l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir s'appliquent en établissement, en cabinet, en maison privée de soins palliatifs et à domicile.

Lorsque le médecin doit se déplacer à dix (10) kilomètres ou plus du lieu principal de pratique où il exerce jusqu'au lieu de l'intervention, un supplément de temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction. Ce maximum peut être dépassé dans le cas de difficulté de recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention. Ce dépassement fait l'objet d'une considération spéciale.

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

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

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

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

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

RÈGLE 37.

GESTION DES MÉDICAMENTS (MÉDECIN ACCOMPAGNATEUR)

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

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

RÈGLE 38.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

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

RÈGLE 39.

AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

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

RÈGLE 40.

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

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

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

RÈGLE 41.

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES DE PLATEAU TECHNIQUE

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

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

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

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

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

RÈGLE 42.

TARIFICATION DE CERTAINS SERVICES EN PHYSIATRIE

Un supplément d'honoraires s'applique pour certains services, lorsque dispensés sous contrôle fluoroscopique en cabinet privé. Il s'applique au médecin spécialiste en physiothérapie désigné par les parties négociantes et qui exerce dans un cabinet privé reconnu par elles.

Ce supplément d'honoraires est prévu à la nomenclature et s'applique pour les services 00178, 00217, 00292, 00293, 00814, 20022, 20511, 20512, 20513 et 20514.

Lorsqu'un même service visé ci-dessus est dispensé plus d'une fois par patient au cours d'une journée ou lorsque plusieurs services visés différents sont dispensés par patient au cours d'une journée, un seul supplément d'honoraire est payable pour l'ensemble des services visés dispensés, selon le tarif le plus élevé.

Aux fins de l'application de l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre, les suppléments d'honoraires prévus à la présente règle ne constituent pas une rémunération de base et ne sont donc pas sujets à majoration.

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

ANNEXE 1

RÈGLE 41

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

Frais de plateau mineur de 5 \$:

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

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

Frais de plateau moyen de 18 \$:

S'appliquent sur les services suivants : 00172, 00174, 00177, 00194, 00201, 00214, 00215, 00245, 00405, 00582, 00798, 00826, 01011, 01013, 01102, 01103, 01105, 01106, 01196, 01215, 01225, 01227, 01320, 01323, 01327, 01414, 03000, 03160, 05004, 05008, 05021, 05050, 05084, 05144, 05248, 05501, 05801, 06043, 06062, 06131, 06173, 06178, 06394, 07075, 07076, 07174, 07175, 07197, 07302, 07430, 07467, 09329, 20017, 20036, 20117 et 20154.

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

Frais de plateau principal de 36 \$:

S'appliquent sur les services suivants : 00746, 01104, 01107, 01121, 01122, 01123, 01124, 01131, 01133, 01169, 01172, 01216, 01365, 01405, 01415, 02082, 02383, 02750, 02783, 03321, 05173, 06127, 06170, 07077, 07173, 09300 et 20118.

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

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

En conformité avec l'article 22a) ii du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, vous trouverez ci-après une liste des

examens ou services pour fins d'emploi ou en cours d'emploi exigés par une Loi du Québec autre que la Loi des décrets de convention collective et qui sont considérés comme des services assurés.

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

1. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE DE COMMERCE, D'UN AUTOBUS DE PLUS DE 24 PASSAGERS OU D'UN VÉHICULE EXIGEANT DES QUALIFICATIONS PLUS GRANDES :

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

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

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

2. CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE D'URGENCE :

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

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

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

3. CONDUCTEUR D'UN AUTOBUS DE 24 PASSAGERS OU MOINS OU D'UN MINIBUS

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

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

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

4. CHAUFFEUR DE TAXI

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

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

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

5. ÉTUDIANT ADMIS À UN PROGRAMME D'ÉTUDES EN TECHNIQUES DE PILOTAGE, TECHNIQUES MARITIMES, TECHNIQUES POLICIÈRES OU TECHNIQUES DU CONTRÔLE DE LA CIRCULATION AÉRIENNE

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

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

6. FONCTIONNAIRE AU SENS DE LA LOI SUR LA FONCTION PUBLIQUE

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

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

7. ENSEIGNANT OCCUPANT UN EMPLOI DANS UNE ÉCOLE PUBLIQUE DE LA COMMISSION SCOLAIRE CRIE, LA COMMISSION SCOLAIRE KATIVIK ET LE COMITÉ NASKAPI DE L'ÉDUCATION

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

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

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

8. AGENTS ET CADETS DE LA SÛRETÉ DU QUÉBEC ET DES CORPS DE POLICE MUNICIPAUX

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

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

9. MANIPULATEURS D'ALIMENTS ET LES PERSONNES PRÉPOSÉES AUX SOINS DES MALADES OU À LA GARDE DES ENFANTS

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

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

10. MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS UN CAMP FORESTIER OU DES INSTALLATIONS SPÉCIFIÉES

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

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

11. EMPLOYÉS D'UN DÉTENTEUR DE PERMIS VISÉS À L'ARTICLE 90 DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

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

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

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

12. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE PROTHÈSES ET ORTHÈSES OU D'UN LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

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

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

13. MEMBRES DU PERSONNEL D'UN LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

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

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

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

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

14. CUISINIER, AIDE-CUISINIER OU MANIPULATEUR D'ALIMENTS DANS LES CAMPEMENTS INDUSTRIELS

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

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

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

15. OUVRIERS EMPLOYÉS DANS UNE EXPLOITATION MINIÈRE OU UNE CARRIÈRE

Examen médical complet annuel incluant une radiographie des poumons.

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

16. EMPLOYÉS TRAVAILLANT DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉGI PAR LE RÈGLEMENT SUR LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX

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

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

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES

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

- Loi sur la santé et la sécurité au travail (Chapitre S-2.1);
- Article 215 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail dans les mines et modifiant diverses dispositions 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 (chapitre S-5);
- Article 10 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (Décret 1320-84 du 6 juin 1984).

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

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

7. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1).

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

- B) Un **résumé** du dossier médical

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

4. INFORMATION

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

Téléphone : 418 643-8114

Ligne sans frais : 1 866 340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

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

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

DEMANDE D'AUTORISATION

1. RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

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

B) Un **résumé** du dossier médical

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

4. INFORMATION

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

Téléphone : 418 643-8114

Ligne sans frais : 1 866 340-2475

Télécopieur : 418 646-3492

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

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

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

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

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

Adresser la demande à :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Service de l'expertise médicale (Q044)

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

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

Les adresses des provinces et des territoires

ALBERTA

Alberta Health

10025 Jasper Avenue P.O. Box 1360

Edmonton (Alberta) T5J 2N3

Téléphone : 780 427-1432

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Medical Services Commission

1515 Blanshard Street P.O. Box 1600

Victoria (BC) V8W 2X9

Téléphone : 250 386-7171

Appels sans frais : 1 800 663-7100

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Department of Health and Social Services

Health and Community Services Agency

35 Douses Road P.O. Box 3000

Montague (PE) C0A 1R0

Téléphone : 1 800 321-5492

MANITOBA

Commission des services de santé du Manitoba

300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
Téléphone : 204 786-7101

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la santé et des services communautaires
520, rue King, 3^e étage, édifice Carleton
C. P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
Téléphone : 506 457-4800

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

NUNAVUT

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

ONTARIO

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

SASKATCHEWAN

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

TERRE-NEUVE

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

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Department of Health and Social Services
Health Services Administration
Inuvik Branch Office, 2nd Floor, IDC Building
Bag Service #9

Inuvik (T. N.-O.) X0E 0T0
Appels sans frais : 1 800 661-0830

YUKON

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

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

ARTICLE 14.5

FÊTE LÉGALE	2012-2013	2013-2014	2014-2015
<i>Journée nationale des patriotes</i>	<i>21 mai 2012</i>	<i>20 mai 2013</i>	<i>19 mai 2014</i>
<i>Fête nationale du Québec</i>	<i>25 juin 2012</i>	<i>24 juin 2013</i>	<i>24 juin 2014</i>
<i>Fête du Canada</i>	<i>2 juillet 2012</i>	<i>1^{er} juillet 2013</i>	<i>1^{er} juillet 2014</i>
<i>Fête du Travail</i>	<i>3 sept. 2012</i>	<i>2 sept. 2013</i>	<i>1^{er} sept. 2014</i>
<i>Action de grâces</i>	<i>8 octobre 2012</i>	<i>14 octobre 2013</i>	<i>13 octobre 2014</i>
<i>Veille de Noël</i>	<i>24 déc. 2012</i>	<i>24 déc. 2013</i>	<i>24 déc. 2014</i>
<i>Fête de Noël</i>	<i>25 déc. 2012</i>	<i>25 déc. 2013</i>	<i>25 déc. 2014</i>
<i>Lendemain de Noël</i>	<i>26 déc. 2012</i>	<i>26 déc. 2013</i>	<i>26 déc. 2014</i>
<i>Veille du jour de l'An</i>	<i>31 déc. 2012</i>	<i>31 déc. 2013</i>	<i>31 déc. 2014</i>
<i>Jour de l'An</i>	<i>1^{er} janvier 2013</i>	<i>1^{er} janvier 2014</i>	<i>1^{er} janvier 2015</i>
<i>Lendemain du jour de l'An</i>	<i>2 janvier 2013</i>	<i>2 janvier 2014</i>	<i>2 janvier 2015</i>
<i>Vendredi Saint</i>	<i>29 mars 2013</i>	<i>18 avril 2014</i>	<i>3 avril 2015</i>
<i>Lundi de Pâques</i>	<i>1^{er} avril 2013</i>	<i>21 avril 2014</i>	<i>6 avril 2015</i>

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. Toutefois, lorsque les tableaux d'honoraires prévoient le paiement d'un supplément en fonction de l'âge du patient, celui-ci est également payable.

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

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

Le médecin indique la durée de la visite.

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

2. Limitations

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

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

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

3. Tarification des visites en hématologie-oncologie médicale

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

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

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

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

4. Visite de suivi oncologique en hématologie-oncologie médicale

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

AVIS : Voir les codes de facturation **09012**, **15009**, **16053** et **16055** sous le présent onglet B.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ. Elle inclut également la thérapie de communication, sauf lorsque effectuée auprès d'un patient de 14 ans et moins et pour une durée de 60 minutes ou plus.

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

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

Elle remplace la visite de contrôle.

TARIFICATION DES VISITES

NOMENCLATURE DES VISITES ET DES SUPPLÉMENTS DE CONSULTATION

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

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

EXEMPLE :

09127	Visite principale	61,40
-----	Supplément de consultation	49,20
09165	Consultation	
	(incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,60

ALLERGIE

AVIS : Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201 et 09212**, voir la Règle d'application n° 29.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	93,40
15363	patient de 10 ans et moins, supplément	10,55
----	Supplément de consultation 77,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	171,00
15364	patient de 10 ans et moins, supplément	10,55
09137	Supplément de durée	30,00

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

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

09129	Visite de contrôle	62,80
15365	patient de 10 ans et moins, supplément	10,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	93,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	93,40
15366	Patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15367	Si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
----	Supplément de consultation 72,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	165,70
15368	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85

15369	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20

09080	Supplément de durée	12,25

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

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

09094	Visite de transfert	41,05

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	44,35

15370	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85

15371	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général).	47,50

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	112,95

09096	chaque jour subséquent	66,50

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	110,00

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

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

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

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

Externe

09162	Visite principale	69,65
15372	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15373	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
----	Supplément de consultation 57,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	126,65
15374	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15375	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20
09078	Supplément de durée	17,75

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

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

09164	Visite de contrôle	40,10
15376	patient de 10 ans et moins, supplément	15,85
15377	si diagnostic d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres), maladies auto-immunes, vasculites et angioedème héréditaire ou acquis, supplément	42,20

Salle d'urgence

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

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

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

09147	Visite principale	22,15
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,15

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	85,40
09148	Visite de contrôle	11,60

Domicile :

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

Supervision du traitement de remplacement de gammaglobuline ou de l'inhibiteur de la c1 estérase :

16000	par voie sous-cutanée ou intraveineuse, à domicile, par mois, par patient	79,15

Établissement :

Évaluation - greffe de moelle

15381	Évaluation d'un malade dirigé pour déterminer l'opportunité d'une greffe de moelle, dans les cas d'immunodéficience primaire (humorale, cellulaire ou autres)	263,90

NOTE : Le code 15381 est facturable une fois par patient, par année civile

AVIS : Inscrire :

- le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession;
- l'heure de début du service.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	69,65
----	Supplément de consultation 57,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	126,65
09088	Supplément de durée	17,75

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

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine.

09202	Visite de contrôle	40,10

R = 1

ANESTHÉSIOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	17,75
----	Supplément de consultation 23,85	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	41,60
09129	Visite de contrôle	8,85

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	16,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	16,70
----	Supplément de consultation 30,80	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,50
09135	Visite de contrôle	11,10

AVIS : Pour les soins en urgence, voir la Règle d'application n° 6.

15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement	27,75

NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec le code 00984.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :

09095	premier jour	74,00
09096	chaque jour subséquent	50,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>110,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>110,00</i>

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

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

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

Soins intensifs

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

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

Externe

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

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

09147	Visite principale	22,15
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,15

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,50
09148	Visite de contrôle	11,60

Domicile :

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

Établissement :

Clinique d'évaluation préopératoire

15485	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'avant-midi Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	26,40
15486	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	79,15
15487	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'avant-midi Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	131,95
15600	Évaluation au vu du dossier du patient avec note consignée effectuée l'après-midi. Maximum de 15 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	26,40
15601	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	79,15
15602	Visite aux fins d'une évaluation préopératoire chez un patient de moins de 14 ans effectuée l'après-midi. Maximum de 8 par demi-journée, lorsque réclamée seule, par centre désigné	131,95

NOTE : Un nombre de demi-journées est alloué par les parties négociantes, du lundi au vendredi, à chaque établissement selon la catégorie d'établissement auquel il appartient. Le nombre de demi-journées maximal est déterminé en fonction du volume des chirurgies, des types de chirurgies et d'un ratio d'évaluation de patients déterminé selon la lourdeur de la clientèle et la catégorie d'établissement :

- Établissement A : 10 demi-journées, du lundi au vendredi

- Établissement B : 5 demi-journées, du lundi au vendredi
- Établissement C : 2 demi-journées, du lundi au vendredi
- Établissement D : 1 demi-journée, du lundi au vendredi

NOTE : Une demi-journée s'entend d'une période d'activité minimale de trois heures et demie

NOTE : Le maximum total pour la combinaison des codes 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 est de 15 actes par demi-journée, par centre désigné.

NOTE : Les codes 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la Règle 13 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.

NOTE : Les codes 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602 sont réservés aux centres désignés par les parties négociantes.

NOTE : Aucun autre acte en rôle 1, en rôle 2 et en rôle 3 ne peut être facturé par le même médecin pendant cette demi-journée, à l'exception des codes 00489, 00910, 00911, 00939, 00954, 09403, 09404, 09405, 41031, 41040 et 41051.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

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

R = 1

BIOCHIMIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	54,80
----	Supplément de consultation	57,40

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	112,20
09129	Visite de contrôle	28,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

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

09150	Visite principale	65,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	65,10
----	Supplément de consultation	47,10
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	112,20
09094	Visite de transfert	47,10

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

09152	Visite de contrôle	22,80

Externe

09162	Visite principale	59,40
----	Supplément de consultation	66,00
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	125,40
09164	Visite de contrôle	23,35

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

09147	Visite principale	21,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	76,00
09148	Visite de contrôle	11,10

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;*
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.*

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;*
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.***

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

R = 1
CARDIOLOGIE

AVIS : Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201** et **09212**, voir la Règle d'application n° 19.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	86,15
----	Supplément de consultation 69,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	155,75
15267	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	155,75

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

09129 Visite de contrôle 44,70

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

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

09150 Visite principale 94,35

15703 Si médecin traitant pour patient admis en urgence, supplément 42,20

NOTE : Le code 15703 est facturable une fois par patient, par hospitalisation, pour l'ensemble des cardiologues.

NOTE : Le code 15703 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 94,35

---- Supplément de consultation 91,75

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 186,10

15268 Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 186,10

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.*

09094 Visite de transfert 94,35

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

09152 Visite de contrôle 47,85

09161 Tournée des malades le week-end
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général). 62,40

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095 premier jour 174,00

09096 chaque jour subséquent 97,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :*par jour, par patient*

09097	<i>premier jour</i>	<i>110,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>110,00</i>

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

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

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

09221	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	84,70

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

09224	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	118,00

00024	Visite de départ	90,30
15704	si patient de 85 ans et plus, supplément	21,10

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

Externe

09162	Visite principale	68,10
----	Supplément de consultation	54,15
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,25
15269	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	122,25

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

09164	Visite de contrôle	41,70
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque	

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

16004	première visite	138,80
16005	visite subséquente (maximum 15 par patient, par année civile)	69,45
15705	si thérapie par administration d'inotrope en perfusion IV, supplément	21,10

NOTE :

1. Les codes 16004, 16005 et 15705 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.
2. Dans les centres hospitaliers désignés par les parties négociantes ci-dessous mentionnés, le code 16004 peut être demandé par un autre médecin.
 - CSSS de la Vallée-de-l'Or - Hôpital et CLSC de Val-d'Or
 - CSSS de Sept-Îles - Hôpital et centre d'hébergement de Sept-Îles
 - CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes - Hôpital de Saint-Eustache

15246	Visite de suivi pour patient ayant subi une greffe cardiaque	104,75

Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements)

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal
- CHUM
- CUSM - Site Glen
- CHU Sainte-Justine
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	193,75
15270	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	193,75

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

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

09147	Visite principale	27,75
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	27,75

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,05
09148	Visite de contrôle	14,50

Domicile :

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

Établissement :

Évaluation - greffe cardiaque et arythmie :

09207	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour déterminer l'opportunité d'une greffe cardiaque ou pulmonaire	347,20
09208	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour traitement d'une arythmie maligne	155,50

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

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM, Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame, Centre de recherche du CHUM;
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital de Fleurimont et Hôtel-Dieu).

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

- le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession;
- l'heure de début du service

15706	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue en vue d'une intervention structurale percutanée	155,50

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

NOTE : Le code 15706 est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM, Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame, Centre de recherche du CHUM;
- CUSM (Site Glen et Hôpital général de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu);
- Hôpital général juif.

15130 Évaluation d'un malade dirigé par un autre cardiologue pour traitement de cardiopathie congénitale 191,70

AVIS : Pour les codes **15706** et **15130**, inscrire:

- le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession;
- l'heure de début du service.

Cet honoraire est payé au cardiologue dans un établissement désigné (voir liste agréée des établissements).

Liste agréée des établissements en cardiologie :

- Institut de Cardiologie de Montréal;
- CHUM, Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame, Centre de recherche du CHUM;
- CUSM (Site Glen, Hôpital général de Montréal et Hôpital neurologique de Montréal);
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal;
- CHU Sainte-Justine;
- CHU de Québec (Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et Pavillon C.H. de l'Université Laval);
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu);
- Hôpital général juif.

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

NOTES :

- 1) Le code 15664 ne peut être facturé avec les codes 98101 et 98105.
- 2) Le code 15664 ne peut être facturé avec une visite ni avec les codes 00294, 00632,

00662, 08303, 08309 et 08580, le même jour, par le même médecin.

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

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

15707	Évaluation initiale d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	166,65

AVIS : *Inscrire:*

- le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession;
- l'heure de début du service.

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation Local sous gestion du gouvernement.

09201	Visite principale	68,10

----	Supplément de consultation	54,15

09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,25

15271	Visite d'un nouveau-né à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	122,25

AVIS : *Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme..*

09202	Visite de contrôle	41,70

R = 1

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

AVIS : *Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283, 09285, 09286, 09288** et **09290**, voir la Règle d'application n° 21.*

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	47,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	57,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	52,60
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15382	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 7.	
09292	Supplément de durée	26,30
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation****AVIS :** Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	32,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,60
----	Supplément de consultation 5,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	37,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	

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

09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	48,40

----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	

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

09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	43,10

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15383	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00

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

09152	Visite de contrôle	28,30

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	132,60

09096	chaque jour subséquent	74,30

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

- par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	<i>110,00</i>

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>110,00</i>

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

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

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

Soins intensifs

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

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

Externe

09162 Visite principale 94,40

---- Supplément de consultation 5,00

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 99,40

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80

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

09283 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 110,20

---- Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60

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

09288 Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 105,00

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

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

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

15747 Visite de suivi pour patient en circulation assistée, support total ou partiel par cœur mécanique 94,40

09164 Visite de contrôle 28,30

Établissement

09293 Évaluation par un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique), au vu du dossier d'un patient dirigé par un cardiologue ou un chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) pour déterminer l'opportunité d'une chirurgie cardiaque - comportant rapport au dossier hospitalier 56,70

Cet honoraire est payé au chirurgien cardiovasculaire (et thoracique) d'un établissement hospitalier organisé pour la chirurgie cardiaque (voir liste agréée des établissements).

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

Liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique

- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Complexe hospitalier de la Sagamie
- CUSM - Site Glen et Hôpital Général de Montréal
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Laval
- Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant
- CHUM
- Institut de Cardiologie de Montréal
- L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B.Davis
- CHUQ - Pavillon C.H. de l'Université Laval

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

09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	37,90
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	48,40
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	43,10
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15385	Évaluation préopératoire dans les 90 jours précédant la chirurgie	18,00
	<u>AVIS</u> : Voir la Règle d'application n° 7.	
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

09171	Visite principale	46,00
09172	Visite de contrôle	17,00

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09202	Visite de contrôle	28,30

R = 1
CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	72,85
----	Supplément de consultation 74,35	

09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	147,20
----	Supplément de consultation anténatale 53,80	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15708	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	126,65
	NOTE : Le code 15708 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	20,65

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	67,65
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	67,65
----	Supplément de consultation 49,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	117,20
----	Supplément de consultation anténatale 59,00	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15386	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	126,65
	NOTE : Le code 15386 inclut les discussions multidisciplinaires et la rédaction d'un rapport.	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15387	Visite de suivi oncologique	42,20
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.10 de l'Addendum 4 – Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	19,30
09161	Tournée des malades le week-end	
	(honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	25,85
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	

09095	premier jour	113,00
09096	chaque jour subséquent	77,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	premier jour	110,00
09098	chaque jour subséquent	110,00

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

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

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

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

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

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

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

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

00078	sans instabilité hémodynamique	150,50
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales	451,80

Soins intensifs

15388	Visile principale	81,60

----	Supplément de consultation	75,90	
15389	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		157,50
	<u>AVIS</u> : Pour les codes 15388 et 15389 , inscrire l'heure de début du service. Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		

15390	Visite de contrôle		27,95
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'heure de début du service. Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie.		

Externe

09162	Visite principale		55,90

----	Supplément de consultation	61,30	

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)		117,20

----	Supplément de consultation anténatale	70,75	

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

15709	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)		126,65

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

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

15391	Visite de suivi oncologique		42,20

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

09164	Visite de contrôle		16,70

Forfait pour Clinique de chimiothérapie

15272	Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le chirurgien général a la charge		710,15

NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.

NOTE : Maximum quatre fois par médecin, par période de quatorze jours.

NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15272 pendant la demi-journée, par le même médecin, pour tous les patients.

NOTE : Une demi-journée s'entend des deux périodes suivantes : 7 h à 12 h et 12 h à 17 h.

AVIS : Inscrire l'heure de début du service.

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

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

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

09147	Visite principale	24,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,65
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	48,60
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09148	Visite de contrôle	12,80

Domicile :

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

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien général au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	42,20

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

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

09201	Visite principale	55,90
----	Supplément de consultation 61,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	117,20
 <u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09202	Visite de contrôle	16,70

R = 1

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	73,90
----	Supplément de consultation 31,65	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	105,55
 <u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09292	Supplément de durée	44,35
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
 <u>AVIS</u> : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09129	Visite de contrôle	19,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

09150	Visite principale	58,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	58,05
----	Supplément de consultation 25,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,25

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

09152	Visite de contrôle	17,20
15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	110,85

Externe

09162	Visite principale	58,05
----	Supplément de consultation 25,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,95

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

09164	Visite de contrôle	15,30
15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	110,85

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

09147	Visite principale	33,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	33,80
----	Supplément de consultation 29,55	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	63,35

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

09148	Visite de contrôle	12,15

Domicile :

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

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un chirurgien orthopédiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	42,20

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	58,05
----	Supplément de consultation 25,90	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,95

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

09202	Visite de contrôle	15,30

R = 1

CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	47,50
----	Supplément de consultation 9,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	57,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09292	Supplément de durée	105,55
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	28,50

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation****AVIS :** Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	50,65
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	50,65
----	Supplément de consultation 7,40	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	58,05
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	35,90

Externe

09162	Visite principale	45,40
----	Supplément de consultation 7,40	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	52,80
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09164	Visite de contrôle	28,50

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

09147	Visite principale	21,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	29,55
<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09148	Visite de contrôle	11,10

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	45,40
----	Supplément de consultation	7,40
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	52,80

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

09202	Visite de contrôle	28,50

R = 1

CHIRURGIE VASCULAIRE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	52,65
----	Supplément de consultation 54,05	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,70
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09129	Visite de contrôle	16,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	49,40
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,40
----	Supplément de consultation 35,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,70
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	14,75
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	19,95
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	82,00
09096	chaque jour subséquent	56,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	110,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

AVIS : Pour le code de facturation **09095** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.
 Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **09095**, **09096**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.
 Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

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

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

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

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

00078	sans instabilité hémodynamique	109,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales	327,00

Externe

09162	Visite principale	39,95
----	Supplément de consultation 44,75	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,70
<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09164	Visite de contrôle	13,10

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

09147	Visite principale	21,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,80
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	42,75
<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.9 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09148	Visite de contrôle	11,42

Domicile :

09171	Visite principale	47,75
09172	Visite de contrôle	17,65

R = 1

DERMATOLOGIE

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

15488	Un supplément est payable si patient de 85 ans ou plus	13,70

NOTE : Le code 15488 peut s'appliquer à toutes les visites dans tous les lieux de dispensation.

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

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

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

AVIS : Inscrire le code de diagnostic.

Cabinet privé :

15489 Visite de suivi pour pathologies lourdes :

- dermite atopique sous traitement systémique immuno-suppresseur*;
- psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine
- collagénoses sous traitement systémique*;
- cancers cutanés métastatiques;
- malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans;
- génodermatoses graves sous traitement actif;
- maladies bulleuses auto-immunes;
- lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis;
- Éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS)

69,15

Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

NOTE : Le code 15489 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité à l'exception du code 16018.

09180	Visite principale	55,95
16008	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
----	Supplément de consultation 27,10	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,05
16009	patient déjà évalué dans une salle d'urgence d'un établissement et qui est vu le même jour en cabinet privé à la demande de l'urgentologue, supplément	11,40

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

16010	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 37,05	
16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	93,00

NOTE : Le code 16011 ne peut être facturé pour les codes 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou

moins.

09220 Supplément de durée 57,20

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

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

15149 Visite de suivi pour traitement d'ulcère 58,60

09182 Visite de contrôle 36,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Incrire la date d'entrée en établissement.

15490 Visite de suivi pour pathologies lourdes :
 - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur *;
 - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine;
 - collagénoses sous traitement systémique*;
 - cancers cutanés métastatiques;
 - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans;
 - génodermatoses graves sous traitement actif;
 - maladies bulleuses auto-immunes;
 - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis;
 - Éruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS) 57,65

Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

NOTE : Le code 15490 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

09183 Visite principale 66,70

09061 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 66,70

16013 Si traitement d'ulcère, supplément 28,60

---- Supplément de consultation 36,05

09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	102,75
16014	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
09081	Supplément de durée	22,90

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

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

09132	Visite de transfert	43,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15168	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	52,05
09185	Visite de contrôle	28,15
09174	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)	31,25

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	126,25
09096	chaque jour subséquent	73,45

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	110,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

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

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

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15491 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 126,25

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

15492 Visite subséquente 73,45

AVIS : Pour les codes **15491** et **15492**, inscrire l'heure de début du service.

Externe

15493 Visite de suivi pour pathologies lourdes :
 - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur *;
 - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine;
 - collagénoses sous traitement systémique*;
 - cancers cutanés métastatiques;
 - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans;
 - génodermatoses graves sous traitement actif;
 - maladies bulleuses auto-immunes;
 - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis;
 -   r  ptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS) 57,65

Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

NOTE : Le code 15493 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

09186 Visite principale 44,80

16016 si traitement d'ulcère, supplément 28,60

---- Supplément de consultation 24,50

09250 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 69,30

16017 si traitement d'ulcère, supplément 28,60

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 30,05

16018 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire) 74,85

NOTE : Le code 16018 ne peut être facturé pour les codes 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.

09079 Supplément de durée 34,30

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

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

15172 Visite de suivi pour traitement d'ulcère 50,75

09187 Visite de contrôle 26,65

Salle d'urgence

16020 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 109,00

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

15494 Visite de suivi pour pathologies lourdes :
 - dermite atopique sous traitement systémique immunomodulateur *;
 - psoriasis sous traitement systémique immunomodulateur * ou acitrétine;
 - collagénoses sous traitement systémique*;
 - cancers cutanés métastatiques;
 - malformations ou tumeurs vasculaires majeures chez l'enfant de moins de 18 ans;
 - génodermatoses graves sous traitement actif;
 - maladies bulleuses auto-immunes;
 - lymphomes cutanés, excluant le mycosis fongoïde de stade IA et le parapsoriasis;
 -   ruptions médicamenteuses sévères (TEN, SSJ, AGEP, DRESS) 57,65

Maximum 6 fois par patient, par médecin, par année civile, et ce, quel que soit le lieu de dispensation

NOTE : *Le traitement doit être prescrit spécifiquement pour la condition cutanée et le dermatologiste doit être le médecin responsable de la prescription et du suivi du traitement. Les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-infectieux sont exclus.

NOTE : Le code 15494 ne peut être facturé avec une visite le même jour pour le même patient, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.

09188 Visite principale 44,80

09297	Visite principale subséquente, par trimestre	44,80
16021	Si traitement d'ulcère, supplément	28,60
09181	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,30
16022	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
15173	Visite de suivi pour traitement d'ulcère	50,75
09189	Visite de contrôle	26,65

Domicile :

09190	Visite principale	48,55
09191	Visite de contrôle	17,95

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09205	Visite principale	44,80
16024	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
----	Supplément de consultation	24,50
09251	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,30
16025	si traitement d'ulcère, supplément	28,60
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	30,05
16026	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	74,85
NOTE : Le code de facturation 16026 ne peut être demandé pour les actes 00820, 01302, 01303, 20061 ou traitement au laser, à l'exception des traitements au laser chez les patients de 12 ans ou moins.		
09089	Supplément de durée	34,30

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

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

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

R = 1

ENDOCRINOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	95,00
15411	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	42,20
NOTE : Le code 15411 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les codes 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.		
15412	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	21,10
NOTE : Le code 15412 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les codes 15411 et 15412 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.		
16028	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	21,10
15413	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	21,10
NOTE : Le code 15413 est facturable quatre fois par patient, par année civile.		
----	Supplément de consultation	122,50
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	217,50
15414	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	42,20
NOTE : Le code 15414 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les codes 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.		
15415	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	21,10
NOTE : Le code 15415 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.		
NOTE : Les codes 15414 et 15415 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.		

16029	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	21,10
15416	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	21,10

NOTE : Le code 15416 est facturable quatre fois par patient, par année civile.

09137	Supplément de durée	32,40

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

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

09129	Visite de contrôle	36,95

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	80,95
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	80,95
15417	Si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	79,15

NOTE : Le code 15417 est facturable deux fois par patient, par année civile.

15418	Si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	21,10

NOTE : Le code 15418 est facturable quatre fois par patient, par année civile.

----	Supplément de consultation	83,85

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	164,80

15419	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	79,15

NOTE : Le code 15419 est facturable deux fois par patient, par année civile.

15420	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	21,10

NOTE : Le code 15420 est facturable quatre fois par patient, par année civile.

09080	Supplément de durée	12,05

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

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

09094	Visite de transfert	52,55

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	26,40

09161	Tournée des malades le week-end	58,05

(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	103,45

09096	chaque jour subséquent	60,15

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	110,00

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

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

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

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

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

NOTE : Maximum d'une visite par patient, par médecin, par jour.

NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce médecin pour ce même patient, le même jour, sauf si effectuée en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général.

00024	Visite de départ	63,35

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

Externe

09162	Visite principale	69,40
15422	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	42,20
	NOTE : Le code 15422 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les codes 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	
15423	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	21,10
	NOTE : Le code 15423 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les codes 15422 et 15423 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	
16030	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	21,10
15424	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	79,15
	NOTE : Le code 15424 est facturable deux fois par patient, par année civile.	
15425	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	21,10
	NOTE : Le code 15425 est facturable quatre fois par patient, par année civile.	
----	Supplément de consultation	72,35
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	141,75
15426	pour patient diabétique insulino-dépendant type 1 de moins de 18 ans, supplément	42,20
	NOTE : Le code 15426 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les codes 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	
15427	pour patient diabétique insulino-dépendant type I de 18 ans et plus, supplément	21,10
	NOTE : Le code 15427 est facturable quatre fois par patient, par médecin, par année civile.	
	NOTE : Les codes 15426 et 15427 ne peuvent être facturés avec les codes 00345 et 20130 le même jour.	
16031	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	21,10
15428	si évaluation d'une maladie thyroïdienne nodulaire avec échographie incluant, le cas échéant, la biopsie à l'aiguille fine, supplément	79,15

NOTE : Le code 15428 est facturable deux fois par patient, par année civile.

15429	si tumeur endocrinienne, à l'exception des nodules thyroïdiens bénins ou indéterminés, supplément	21,10

NOTE : Le code 15429 est facturable quatre fois par patient, par année civile.

15430	Prise en charge du patient de moins de 18 ans dans une unité de médecine de jour incluant toutes les visites pour le même médecin ou un médecin de même spécialité, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	63,35

NOTE : Maximum d'une prise en charge par patient, par jour.

Suivi clinique, au vu du dossier, comprenant l'analyse des tests paracliniques, la prescription de l'investigation ou la révision du traitement si nécessaire

15710	patient de moins de 18 ans	7,90

15711	patient de 18 ans et plus	5,30

NOTE :

Maximum 1 par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi

Maximum 15 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi

09078	Supplément de durée	19,40

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

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

09164	Visite de contrôle	26,40

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

09147	Visite principale	21,10

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,15

09148	Visite de contrôle	11,10

Domicile :

09171	Visite principale	48,55

09172	Visite de contrôle	17,95

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin endocrinologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes	58,15

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.***AVIS** : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT***Voir la règle 17 du préambule général.**Pour les visites, utiliser :*

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	69,40
16033	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	21,10
----	Supplément de consultation	72,35
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	141,75
16034	pour patient diabétique non insulino-dépendant type II, supplément	21,10
09088	Supplément de durée	19,40

NOTE : *Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.***AVIS** : *Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.*

09202	Visite de contrôle	26,40

R = 1**GASTRO-ENTÉROLOGIE**

Cabinet privé :

09127	Visite principale	83,60
----	Supplément de consultation 44,65	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	128,25
09137	Supplément de durée	31,00

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

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

09129	Visite de contrôle	24,75

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

15351	Un supplément est payable si le patient est hospitalisé sous les soins d'un gastro-entérologue ou d'un hépatologue à titre de médecin traitant	52,80

NOTE : Le code 15351 s'applique avec les codes 09060, 09150, 09152, 09160, 09161 et 16035 et il est payable une fois par patient, par hospitalisation.

09150	Visite principale	100,35
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	100,35

---	Supplément de consultation 66,85	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	167,20

---	Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 96,20	
16035	Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue)	196,55

AVIS : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.
Voir la règle 6.3 du préambule général.

16036	évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément	70,65

----	Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	85,75

15352	Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile	186,10

09080	Supplément de durée	12,35

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

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

09094	Visite de transfert	66,90

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	27,85

09161	Tournée des malades le week-end	55,75

(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	115,00

09096	chaque jour subséquent	67,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	110,00

09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

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

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

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

Unité des soins intensifs, Unité coronarienne, Unité de néonatalogie, Unité de traumatologie, Unité des grands brûlés

15353 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 179,45

AVIS : Inscrire l'heure de début du service.

Voir la règle 6.3 du préambule général.

Externe

09162 Visite principale 66,90

---- Supplément de consultation 44,55

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 111,45

---- Supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue 103,30

16037 Consultation intradisciplinaire demandée par un gastro-entérologue à un hépatologue (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandé par un gastro-entérologue à un hépatologue) 170,20

16038 évaluation d'un patient dans les cas de greffe hépatique, de mise en place d'un shunt porto-systémique ou d'hépatocarcinome, supplément 70,65

---- Supplément de consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 119,20

15354 Consultation pour évaluation d'alimentation parentérale à domicile 186,10

09078 Supplément de durée 18,60

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

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

09164 Visite de contrôle 22,25

Salle d'urgence

15355 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 179,45

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

09147 Visite principale 24,95

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,95
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	80,75
09148	Visite de contrôle	12,95

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	Visite principale	66,90
----	Supplément de consultation	44,55
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	111,45
09088	Supplément de durée	18,60

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

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

09202	Visite de contrôle	22,25

ADDENDUM 9. - GÉNÉTIQUE MÉDICALE

RÈGLE 1.

ÉVALUATION GÉNÉTIQUE FAMILIALE

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

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

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

RÈGLE 2.

ÉVALUATION GÉNÉTIQUE PRÉNATALE

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

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

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

RÈGLE 3.

ÉVALUATION GÉNÉTIQUE AU VU DU DOSSIER

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

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

RÈGLE 4.

PRESCRIPTION D'UNE ANALYSE DE BIOLOGIE MÉDICALE NON DISPONIBLE AU QUÉBEC

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

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

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

R = 1

GÉNÉTIQUE MÉDICALE

NOTE : Un honoraire d'évaluation génétique familiale n'est pas payé en sus de l'honoraire de la visite principale, pour une période d'un an sauf lors d'une hospitalisation ou d'une raison d'évaluation différente ou lorsqu'effectuée par un médecin différent.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	151,00
----	Supplément de consultation 100,75	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	251,75
09001	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50
09002	Suivi d'évaluation génétique familiale	110,90

09003	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

09004	Suivi d'évaluation génétique prénatale	110,90

AVIS : Pour les codes de facturation **09001**, **09002**, **09003** et **09004**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

09129	Visite de contrôle	50,20

09005	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	30,05

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

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	260,40

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	260,40

16039	Si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	40,35

----	Supplément de consultation	206,15

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	466,55

16040	si effectuée aux soins intensifs ou aux soins de néonatalogie, supplément	40,35

09008	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50

09009	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

09094	Visite de transfert	151,00

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

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15431	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge	211,10
09152	Visite de contrôle	50,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	67,15
09010	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	30,05

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

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

Externe

09162	Visite principale	209,85
----	Supplément de consultation 130,80	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	340,65
09013	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50
09014	Suivi d'évaluation génétique familiale	110,90
09015	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

09016	Suivi d'évaluation génétique prénatale	110,90
09017	Évaluation génétique au vu du dossier	110,90
15432	Prise en charge pour épreuve fonctionnelle dans l'investigation des erreurs innées du métabolisme, incluant les visites faites dans les 48 heures de la prise en charge	211,10
15433	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour pour remplacement enzymatique, incluant l'évaluation clinique prétraitement et la responsabilité durant l'infusion	217,45
09164	Visite de contrôle	50,20
09018	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	30,05

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

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

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

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

09147	Visite principale	209,85
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	209,85
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	251,75
09021	Évaluation génétique familiale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50
09022	Suivi d'évaluation génétique familiale	110,90
09023	Évaluation génétique prénatale (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	221,50

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

09024	Suivi d'évaluation génétique prénatale	110,90

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

09148	Visite de contrôle	50,20
09025	Supplément pour complexité de l'investigation de laboratoire requise en raison d'une non-disponibilité au Québec	30,05

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

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

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;

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

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	209,85
----	Supplément de consultation 130,80	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	340,65
09202	Visite de contrôle	50,20
		<u>R = 1</u>

GÉRIATRIE

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

Cabinet privé

00030	Visite principale	54,05
----	Supplément de consultation 44,00	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,05
00032	Supplément de durée	31,45

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

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

00033	Visite de contrôle	31,45

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

00034	Visite principale	174,15
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	174,15
15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	174,15
15240	Patient de 85 ans et plus, supplément	58,05

AVIS : Le supplément 15240 est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

15495	Patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40
15496	Patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
15175	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	108,15

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

NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.

----	Supplément de consultation	79,15
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	253,30
15241	patient de 85 ans et plus, supplément	47,50

AVIS : Le supplément 15241 est aboli à compter du 1^{er} octobre 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

15497	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40
15498	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
15499	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	42,20
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	147,75

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

NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.

00037 Supplément de durée 12,55

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

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

00038 Visite de transfert 42,75

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

00039 Visite de contrôle 11,35

00041 Tournée des malades le week-end 52,80

AVIS : Voir la règle 15 du préambule général.

15500 patient de 85 ans et plus, supplément 25,70

~~**AVIS :** Le supplément 15500 est aboli à compter du 18 janvier 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

15139 Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en ventre libre) 211,10

AVIS : Voir la règle 5.4 du préambule général.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

00053 premier jour 123,20

00054 chaque jour subséquent 71,65

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097 premier jour 110,00

09098 chaque jour subséquent 110,00

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

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

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

15501	Soins médicaux pour un patient dans une unité de gériatrie de courte durée, à titre de médecin traitant, excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	34,85

NOTE : Le code 15501 ne peut être facturé avec le code 15139 et ne peut être facturé le week-end ou un jour férié.

00024	Visite de départ	158,35

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

15502	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	42,20

15503	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	142,50

15504	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	142,50

15505	Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient	105,55

Externe

00042	Visite principale	174,15

15242	patient de 85 ans et plus, supplément	58,05

AVIS : Le supplément **15242** est aboli à compter du 18 janvier 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

15506	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	42,20

15748	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40

15749	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
15176	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	108,15
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
----	Supplément de consultation	79,15
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	253,30
15243	patient de 85 ans et plus, supplément	47,50
AVIS : ~~Le supplément 15243 est aboli à compter du 18 janvier 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~		
15507	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	42,20
15750	patient atteint de polypathologie (4 à 7 pathologies distinctes), supplément	26,40
15751	patient atteint de polypathologie (8 pathologies distinctes et plus), supplément	52,80
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	147,75
	NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.	
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	
00044	Supplément de durée	18,85
AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.		
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
15508	Discussion d'un cas complexe, en présence de la famille, dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire à laquelle participent au moins deux professionnels de la santé	142,50
15509	Réalisation, dans les cas complexes, d'une évaluation de l'autonomie d'un patient incluant une synthèse de son bilan fonctionnel et l'élaboration d'un plan d'action, après discussion multidisciplinaire	142,50
00045	Visite de contrôle	11,35

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

00046	Visite principale	174,15
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	174,15
15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	174,15
15244	Patient de 85 ans et plus, supplément	58,05
AVIS : ~~Le supplément 15244 est aboli à compter du 18 janvier 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~		
15510	Patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	42,20
15177	Si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	108,15
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la visite principale est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement	
----	Supplément de consultation	79,15
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	253,30
15245	patient de 85 ans et plus, supplément	47,50
AVIS : ~~Le supplément 15245 est aboli à compter du 18 janvier 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~		
15511	patient ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre), supplément	42,20
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2 ^e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	147,75
	NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.	

15512 Rencontre pour la réévaluation de l'intensité des soins d'un patient 105,55

00049 Visite de contrôle 11,35

AVIS : Voir la Règle d'application n° 27.

Domicile :

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

00063 Visite principale 174,15

---- **Supplément de consultation 79,15**

00064 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 253,30

00065 Supplément de durée 18,85

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

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

00066 Visite de contrôle 11,35

-

 R = 1

HÉMATOLOGIE - ONCOLOGIE MÉDICALE

AVIS : Pour la facturation des visites et des consultations, voir la Règle d'application n° 35.

Cabinet privé (Groupe A)

09127	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 158,55	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	225,90
15279	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	12,05
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09129	Visite de contrôle	24,65

Cabinet privé (Groupe B)

15000	Visite principale	67,35
----	Supplément de consultation 158,55	
15001	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	225,90
15280	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	12,05
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15002	Visite de contrôle	30,10

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation (Groupe A)

AVIS : Inscire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	115,10
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	115,10
----	Supplément de consultation 115,10	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	230,20
09094	Visite de transfert	66,20

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15513	Visite de suivi pour patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure	70,35
09012	Visite de suivi oncologique	70,35

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

09152	Visite de contrôle	48,15
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	86,70

16003	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	240,55

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

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

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

00094	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	82,65
00095	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	67,70

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	117,90
09096	chaque jour subséquent	68,55

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	110,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

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

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

Voir la règle 14 du préambule général, la Règle d'application n° 6 et

l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.

Hospitalisation (Groupe B)**AVIS** : Inscrire la date d'entrée en établissement.

15005	Visite principale	115,10
15006	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	115,10
----	Supplément de consultation 115,10	
15007	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	230,20
15008	Visite de transfert	83,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15009	Visite de suivi oncologique	70,35

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

15010	Visite de contrôle	48,15
15011	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du préambule général)	86,70
16052	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	240,55

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

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

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

15012	par jour, pour les 40 premiers jours d'hospitalisation	82,65
15013	par jour, après 40 jours d'hospitalisation	67,70

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

15014	premier jour	117,90
15015	chaque jour subséquent	68,55

*AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient*

09097	<i>premier jour</i>	110,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

AVIS : Pour le code de facturation **15014** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.
Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **15014**, **15015**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.

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

Externe (Groupe A)

09162	Visite principale	53,60
15514	si patient atteint d'anémie falciforme ou de thalassémie majeure, supplément	16,10
----	Supplément de consultation 172,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	225,90
16053	Visite de suivi oncologique	30,10

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

15281	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	12,05
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	

09164	Visite de contrôle	17,75

16054	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	240,55
	NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.	

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

15121	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	81,90

Externe (Groupe B)

15020	Visite principale	53,60

---- Supplément de consultation 172,30

15021	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	225,90

16055	Visite de suivi oncologique	30,10

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

15282	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	12,05

NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour

15022	Visite de contrôle	22,85

16056	Supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques (greffe allogénique ou autologue) dans le cadre d'une transplantation hématopoïétique Maximum : 1 par patient, par année civile	240,55

NOTE : Les deux types de greffe ne sont pas mutuellement exclusifs.

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

15122	Cet honoraire global s'applique pour un patient traité en externe et comprend tous les services médicaux rendus par le médecin, sauf les procédés diagnostiques et thérapeutiques, les ponctions de la moelle osseuse du donneur, les ponctions pour autogreffe ou la supervision de l'infusion de cellules souches hématopoïétiques, par jour	81,90

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

09147	Visite principale	24,05

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,05
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	86,60
09148	Visite de contrôle	12,60

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

15025	Visite principale	24,05
15026	Visite principale subséquente, par trimestre	24,05
15027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,25
15028	Visite de contrôle	12,60

Domicile :

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

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

19869	Évaluation par un médecin hématologue ou oncologue médical au vu du dossier d'un ou plusieurs patients dirigé(s) par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins trois spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	162,95

NOTE : Cette participation doit être d'une durée minimale de 30 minutes.

NOTE : Maximum 2 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi

NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par médecin, par jour.

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

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

Groupe A

09201	Visite principale	53,60
----	Supplément de consultation 172,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	225,90
15283	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	12,05
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
09202	Visite de contrôle	17,75

Groupe B

15030	Visite principale	53,60
----	Supplément de consultation 172,30	
15031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	225,90
15284	Évaluation au vu du dossier d'un patient afin de procéder, s'il y a lieu, à un ajustement de l'anticoagulothérapie, par voie orale	12,05
	NOTE : Maximum d'une évaluation par patient, par jour	
15032	Visite de contrôle	22,85

R = 1

HYGIÈNE PUBLIQUE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	41,70

---- **Supplément de consultation 34,80**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 76,50

09137 Supplément de durée 26,40

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

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

09129 Visite de contrôle 21,65

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150 Visite principale 49,60

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 49,60

---- Supplément de consultation 26,40

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 76,00

09080 Supplément de durée 10,55

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

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

09094 Visite de transfert 35,90

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152 Visite de contrôle 17,40

09161 Tournée des malades le week-end 23,20
(honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général)

Externe

09162 Visite principale 31,65

---- Supplément de consultation 26,40

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 58,05

09078 Supplément de durée 15,85

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

09164 Visite de contrôle 15,55

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

09147 Visite principale 21,10

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 21,10

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 76,00

09148 Visite de contrôle 11,10

Domicile :

09171 Visite principale 38,00

09172 Visite de contrôle 13,70

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201 Visite principale 31,65

---- **Supplément de consultation 26,40**

09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 58,05

09088 Supplément de durée 15,85

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

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

09202 Visite de contrôle

15,55

ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE

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

RÈGLE 1.

VISITE ÉLABORÉE

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

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

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

AVIS : Indiquer l'heure de début de la période de travail (quart de travail) et s'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Séjour différent à la salle d'urgence**.

RÈGLE 2.

VISITE SIMPLE

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

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

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

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

AVIS : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Séjour différent à la salle d'urgence**.

RÈGLE 3.

VISITE DE RÉÉVALUATION OU VISITE À LA DEMANDE D'UN OMNIPRATICIEN

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

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

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

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

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

3.3 Une visite de réévaluation comporte un examen du patient.

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

lorsque, dans ce même quart de travail, une visite élaborée a déjà été réclamée pour ce patient.

AVIS : *Indiquer l'heure de début de la période de travail (quart de travail).*

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

3.4 La visite à la demande d'un omnipraticien est la visite pour opinion ou traitement effectuée à la salle d'urgence, par un médecin spécialiste en médecine d'urgence. Elle s'applique dans le cas d'une situation complexe et est demandée par un médecin omnipraticien œuvrant à l'urgence du même établissement, lors du même quart de travail.

Cette visite ne peut être réclamée plus de deux fois par jour, par médecin spécialiste en médecine d'urgence.

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

RÈGLE 4.

VISITE AUPRÈS D'UN PATIENT ADMIS

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

Elle comporte un examen du patient.

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

RÈGLE 5.

AUTRES VISITES

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

Chacune de ces visites comporte un examen du patient.

RÈGLE 6.

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES

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

Le supplément de consultation interdisciplinaire ne s'applique que lorsque la consultation est demandée par un médecin spécialiste d'une autre discipline, un dentiste ou un médecin omnipraticien, sauf si ce dernier fait un quart de travail à l'urgence du même établissement, le même jour.

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

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

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

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

Le supplément ne s'applique toutefois que lorsque la consultation est demandée auprès d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui rencontre les critères de désignation pour les traitements en médecine hyperbare et qui détient des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

AVIS : *Pour connaître les critères de désignation, veuillez vous référer à la note située sous le titre de la section Médecine hyperbare de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques.*

6.5 Un supplément d'honoraires est accordé pour la consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité.

6.6 Celui qui demande paiement d'un supplément d'honoraires adresse un rapport au médecin, au dentiste ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) qui lui a dirigé le patient.

Seul le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui adresse le rapport final au médecin, au dentiste ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) qui lui a dirigé le patient, a droit au paiement d'un supplément d'honoraires.

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

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

AVIS : *S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Séjour différent à la salle d'urgence**.*

RÈGLE 7.

STABILISATION

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

RÈGLE 8.

MAJORATION D'HONORAIRES

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

i) Pour les services dispensés à la salle d'urgence, cette majoration est du tiers entre 16 h et 24 h du lundi au vendredi et de 50 % entre 7 h et 24 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration est de 70 % entre 24 h et 7 h tous les jours. Pour le médecin qui accomplit un quart de travail de nuit, cette majoration continue de s'appliquer entre 7 h et 8 h, tous les jours.

AVIS : *Indiquer :*

- *l'heure de début du service;*

- *s'il y a lieu, l'heure de début de la période de travail (quart de travail).*

ii) Pour les services dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence, cette majoration est de 50 % entre 7 h et 19 h le samedi, le dimanche et un jour férié. Cette majoration ne s'applique toutefois pas au médecin urgentologue qui reçoit le forfait de prise en charge des patients aux soins intensifs.

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

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

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG** et indiquer l'heure de début du service.*

Pour la facturation des honoraires minimums, voir les conditions prévues à la règle 14 du Préambule général.

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

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

RÈGLE 9.

MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

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

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

R = 1

MÉDECINE D'URGENCE

AVIS : Voir l' Addendum 11 - Médecine d'urgence.

Cabinet privé

15201	Visite	46,55
-----	Supplément de consultation en médecine sportive 72,65	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive)	119,20
-----	Supplément de consultation en toxicologie 72,65	
15712	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	119,20

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

15204	Visite auprès d'un patient admis	66,85

----	Supplément de consultation interdisciplinaire 58,25	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire)	125,10

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

Supplément de consultation rendu par un intensiviste 52,10

15604	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)	118,95

Supplément de consultation en toxicologie 72,70

16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie)	139,55

Supplément de consultation en médecine hyperbare 72,70

16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	139,55

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	169,00
09096	chaque jour subséquent	127,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

- par jour, par patient

09097	<i>premier jour</i>	110,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

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

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

Voir la règle 8 de l'Addendum 11, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.

AVIS : *Voir la Règle 9. Majoration d'honoraires selon l'âge de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence.*

Utiliser les codes de facturation suivants :

15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus	93,60
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	81,45
15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	175,05
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	72,95
<u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.		
15605	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	166,55
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	101,75
16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	195,35
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	101,75
16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	195,35
Externe		
15209	Visite	36,35
----	Supplément de consultation en toxicologie	72,75
16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	109,10
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	72,75
16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	109,10
Salle d'urgence		
15210	Visite simple	55,10
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	58,20
15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	113,30
----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste	53,85

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

15606	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste)	108,95
----	Supplément de consultation en toxicologie 72,65	
16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie)	127,75
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 72,65	
16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	127,75
----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie 72,65	
15713	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie)	127,75
	NOTE : Le code 15713 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader)	
15213	Visite élaborée	134,85
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 59,30	
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	194,15
 <u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.		
15216	Visite de réévaluation élaborée	91,25
---	Supplément de consultation interdisciplinaire 58,20	
15247	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire)	149,45
 <u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession .		
15217	Visite de réévaluation simple	36,35
---	Supplément de consultation interdisciplinaire 58,10	
15248	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation interdisciplinaire)	94,45

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

---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité	44,20
15607	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence)	80,55
15608	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe Maximum 2 fois par médecin, par jour	65,45

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

15218	Stabilisation	76,15
15249	Évaluation et interprétation par un médecin spécialiste en médecine d'urgence d'un électrocardiogramme effectué et transmis à distance à la salle d'urgence lors d'un transport ambulancier, avant de diriger un patient vers un centre d'hémodynamie	109,10

AVIS : Voir la Règle 9. Majoration d'honoraires selon l'âge de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence.

Utiliser les codes de facturation suivants :

15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus	77,10
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	81,55
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	158,65

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

----	Supplément de consultation rendu par un intensiviste, patient de 70 ans et plus	75,40
15610	Consultation rendue par un intensiviste (incluant la visite simple et le supplément de consultation rendu par un intensiviste), patient de 70 ans et plus	152,50
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	101,80

16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus	178,90
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus 101,80	
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite simple et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus	178,90
----	Supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie, patient de 70 ans et plus 101,80	
15714	Consultation par le chef d'équipe en traumatologie (incluant la visite simple et le supplément de consultation par le chef d'équipe en traumatologie), patient de 70 ans et plus	178,90
	NOTE : Le code 15714 est payable dans les établissements désignés par le Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader)	
15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus	190,50
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 81,35	
15227	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	271,85
	<u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.	
15228	Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus	127,75
---	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 81,45	
15250	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de réévaluation élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus	209,20
	<u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.	
15229	Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus	50,95
---	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus 81,30	
15251	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite de <i>réévaluation simple</i> et le <i>supplément de consultation interdisciplinaire</i>), patient de 70 ans et plus	132,25
	<u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.	

---	Supplément de consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence, dans cette unité, patient de 70 ans et plus 61,80	
15611	Consultation par le médecin responsable de l'unité d'hospitalisation, en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence dans cette unité (incluant la visite de réévaluation simple et le supplément de consultation en vue de l'admission potentielle d'un patient de l'urgence), patient de 70 ans et plus	112,75
15612	Visite à la demande d'un omnipraticien oeuvrant à l'urgence du même établissement lors du même quart de travail pour opinion ou traitement dans le cas d'une situation complexe, patient de 70 ans et plus Maximum 2 fois par médecin, par jour	91,60

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

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

15219	Visite	17,25

Domicile

15220	Visite	48,55

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- *l'un des codes de facturation suivants;*
- *le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.*

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- *le code de facturation approprié de l'onglet C;*
- *la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.***

Externe

15221	Visite	36,35

MÉDECINE INTERNE

AVIS : Pour la facturation des visites et des consultations, voir la Règle d'application n° 27.

Cabinet privé

00030	Visite principale	71,90
15392	si plus de 30 minutes, supplément	69,45

AVIS : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de visite principale **00030** si la durée est supérieure à 30 minutes.

15393	Un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes : - insuffisance cardiaque avec FEVG < 30 - insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc - cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome - VIH - greffé	20,80

---- Supplément de consultation 86,35

00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	158,25
15394	si plus de 60 minutes, supplément	76,40

AVIS : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **00031** si la durée est supérieure à 60 minutes.

15395	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	137,20

NOTE : Le code 15395 s'applique aux médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.

00033	Visite de contrôle	41,75

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

15396 Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente 10,55

NOTE : Le code 15396 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.

NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

00034 Visite principale 87,70

00035 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 87,70

---- Supplément de consultation 128,20

00036 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 215,90

15397 si plus de 60 minutes, supplément 104,35

AVIS : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **00036** si la durée est supérieure à 60 minutes.

15398 Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine 73,90

15669 Forfait quotidien pour le suivi d'un patient hospitalisé si admis par un médecin classé en médecine interne, incluant toutes les visites faites de jour (7 h à 19 h) sur semaine 104,55

NOTE : Le maximum total pour la combinaison des codes 15398 et 15669 est de 15 forfaits par médecin, par jour.

NOTE : Nonobstant toute disposition au contraire, les codes 15398 et 15669 demeurent payables à supplément d'honoraires lorsque dispensés entre 17 h et 19 h pour le médecin rémunéré au mode mixte.

AVIS : Pour les visites effectuées le même jour que les forfaits **15398** et **15669**, indiquer l'heure de début du service.

00038 Visite de transfert 87,70

15670 Visite de transfert si admis par un médecin classé en médecine interne 124,10

Maximum 1 visite par patient, par semaine du lundi au vendredi

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

00039 Visite de contrôle 26,25

00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	82,05
15671	Tournée des malades le week-end si admis par un médecin classé en médecine interne (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	116,10
NOTE : Les codes 00041 et 15671 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par jour.		
00028	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	87,40
15672	Unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade, si admis par un médecin classé en médecine interne	123,65
AVIS : <i>Le week-end ou un jour férié, utiliser les codes de facturation 00029 ou 15674, selon la situation applicable.</i>		
00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	122,30
15674	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade, si admis par un médecin classé en médecine interne (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	173,05
Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
00053	premier jour	180,40
00054	chaque jour subséquent	124,90
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient		
09097	premier jour	110,00
09098	chaque jour subséquent	110,00

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

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

00024	Visite de départ	139,10
<u>AVIS</u> : Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier.		
16050	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque	139,10
NOTE : Le code 16050 ne peut pas être facturé avec le code 00024, le même jour.		
Externe		
00042	Visite principale	54,75
15399	si plus de 30 minutes, supplément	52,90
<u>AVIS</u> : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de visite principale 00042 si la durée est supérieure à 30 minutes.		
15400	un supplément est payable si patient de 75 ans et plus ou prise en charge d'une ou des problématiques suivantes : - insuffisance cardiaque avec FEVG < 30 - insuffisance rénale chronique avec « clearance » de la créatinine < 30 cc - cancer actif, sauf les cancers de la peau, à l'exception du mélanome - VIH - greffé	15,85
----	Supplément de consultation 79,30	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,05
15401	si plus de 60 minutes, supplément	64,75
<u>AVIS</u> : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation 00043 si la durée est supérieure à 60 minutes.		
15402	Évaluation et résumé d'un dossier pour la référence d'un patient pour subir des procédés diagnostiques et thérapeutiques ou pour des expertises médicales non disponibles dans la région	105,55
NOTE : Le code 15402 s'applique aux médecins pratiquant dans les régions visées à l'annexe 19.		
15403	Forfait pour Clinique de chimiothérapie Suivi et administration, le cas échéant, des traitements de chimiothérapie intraveineuse aux patients atteints d'un cancer et dont le médecin spécialiste en médecine interne a la charge	633,30

NOTE : Cet acte est accordé pour les activités réalisées au sein d'une clinique spécifique d'oncologie, pour un minimum de 5 patients par demi-journée.

NOTE : Maximum quatre fois, par médecin, par période de quatorze jours.

NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique, aucune visite ni aucune chirurgie ne peut être facturé avec le code 15403 pendant la demi-journée, par le même médecin, pour tous les patients.

NOTE : Une demi-journée s'entend des deux périodes suivantes : 7 h à 12 h et 12 h à 17 h.

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

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

AVIS : *Inscrire l'heure de début pour chaque visite, chirurgie ou procédé diagnostique et thérapeutique effectué la même journée que le service **15403**.*

00045	Visite de contrôle	30,55

Salle d'urgence

15665	Un supplément est payable pour une échographie ciblée pour aide au diagnostic avec rapport au dossier et documentation iconographique pertinente	10,55

NOTE : Le code 15665 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par jour.

NOTE : Maximum de 5 par médecin, par semaine, quel que soit le lieu de dispensation

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	215,90

15404	si plus de 60 minutes, supplément	104,35

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **00051** si la durée est supérieure à 60 minutes.*

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

00046	Visite principale	41,65

00047	Visite principale subséquente, par trimestre	41,65

---- Supplément de consultation 106,35

00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	148,00
00049	Visite de contrôle	20,90

Domicile :

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

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

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un spécialiste en médecine interne au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins, d'au moins deux spécialités différentes, et est payable à un interniste, par patient, par clinique des tumeurs.	58,15

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

00063	Visite principale	54,75

---- Supplément de consultation 79,30

00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,05
00066	Visite de contrôle	30,55

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	44,65
09129	Visite de contrôle	24,30

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation****AVIS** : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	32,85
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,85
09094	Visite de transfert	32,85

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	24,30

Externe

09162	Visite principale	32,85
09164	Visite de contrôle	17,10

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

09147	Visite principale	31,35
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	31,35
09148	Visite de contrôle	16,55

Domicile :

09171	Visite principale	48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

Centre hospitalier :

09168 Évaluation par un spécialiste en médecine nucléaire au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins de deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité. 52,80

NOTE : Le code 09168 est facturable 2 fois par médecin, par semaine.

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

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201 Visite principale 32,85

09202 Visite de contrôle 17,10

ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

RÈGLE 1.

PLANIFICATION DE TRAITEMENT POUR ANTIBIOTHÉRAPIE PARENTÉRALE AMBULATOIRE

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

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

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

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

RÈGLE 2

MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE

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

liste apparaissant en annexe.

AVIS : Pour les codes de facturation **09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 15104 et 16062**, inscrire l'un des diagnostics de l'annexe I du présent addendum 10.

RÈGLE 3 GESTION D'ÉCLOSION

3.1 La gestion d'éclosion intra-établissement mineure et majeure est la mise en place, sous la supervision d'un médecin microbiologiste-infectiologue suite à une évaluation épidémiologique, d'un ensemble de mesures de prévention des infections considérées nécessaires pour maîtriser la dissémination d'un agent infectieux et d'en permettre le suivi afin de s'assurer que l'éclosion soit contrôlée.

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

AVIS : Pour connaître les diagnostics et les codes de la CIM-10 correspondant à ceux de la CIM-9 listés ci-dessous, voir le tableau de correspondance à la rubrique [Répertoire des diagnostics](#).

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

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

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

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

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

- Infections à germe multirésistant :
 - Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline ou à la vancomycine (0404)
 - Enterococcus faecalis ou faecium résistant à la vancomycine (0405)
 - Mycobacterium tuberculosis multirésistant (0407)
 - Clostridium difficile (0406)
 - Acinetobacter Baumannii (0409)
 - Bacilles gram négatif multirésistants producteurs de carbapénémases et/ou de bêtalactamases à spectre étendu (BLSE) (0409)

4. CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Dialyse rénale chronique (V56.0, V56.8, V56.9, 585.9, 586.9)
- Greffe de moelle osseuse (V 42.8)
- Greffe d'organe solide excluant la cornée, la peau, l'os ou le cartilage (V42.0, V42.1, V42.2, V42.6, V42.7, V42.8)

- Leucémie aiguë (204.0, 205.0, 206.0, 208.0)

AVIS : Inscrire le code de diagnostic.

Voir la règle 2 de l'addendum 10.

R = 1

MICROBIOLOGIE INFECTIOLOGIE

AVIS : Pour les codes de facturation **09041, 09042, 09044, 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212 et 15435**, voir la Règle d'application n° 23.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	100,75
----	Supplément de consultation 117,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	218,05
09137	Supplément de durée	41,00

AVIS : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.
Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09129	Visite de contrôle	46,70

Maladies infectieuses en émergence :

15104	Visite principale	122,85

NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, le code 15104 est facturable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	111,45
16111	Visite principale à partir de la 21e journée de la date d'admission	111,45

AVIS : Voir la règle 5.4 du préambule général.

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	111,45
----	Supplément de consultation 104,40	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	215,85
09080	Supplément de durée	21,90

AVIS : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.
Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09094	Visite de transfert	95,25

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	42,80
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	73,75

	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin microbiologiste infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale	
09000	premier jour	218,05
09007	jour subséquent	44,60

NOTE : Le code 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre code 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.

	Gestion d'éclosion intra-établissement mineure (SARM, SARV, ERV, C.difficile, Bacilles gram négatif multirésistants, Diarrhée infectieuse, Influenza, VRS, Légionellose, Gale, Aspergillus, S.aureus, M.tuberculosis et autres pathogènes en néonatalogie)	
	NOTE : Maximum 1 gestion d'éclosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.	
15252	premier jour	290,25
15253	jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	145,15

NOTE : Le code 15253 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.

Gestion d'éclosion intra-établissement majeure (SRAS, grippe aviaire, pathogène virulent avec une mortalité exceptionnelle, transmission hématogène d'un agent infectieux à partir d'une source commune)

NOTE : Maximum 1 gestion d'éclosion par microorganisme, par unité de soins, par jour, pour l'ensemble des médecins.

15254	premier jour	580,55

15255	jour(s) subséquent(s) (maximum 9)	290,25

NOTE : Le code 15255 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la règle 14 du Préambule général.

15256	Validation d'un rapport d'épidémiologie hospitalière dans le cadre d'un programme provincial de surveillance, par rapport	116,10

15257	Rapport d'expertise d'épidémiologie clinique hospitalière, par rapport	290,25

NOTE : Le code 15257 est facturable lorsque la demande provient de l'administration hospitalière ou de l'extérieur de l'établissement (ex. : ministère).

AVIS : Utiliser le code de facturation approprié (**15252, 15253, 15254, 15255, 15256 et 15257**).

*Pour les codes de facturation **15256** et **15257**, inscrire le nombre de rapports.*

*Pour le code de facturation **15257**, conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Soins critiques :

16060	Visite principale	155,85

----	Supplément de consultation 89,40	

09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de la cornée, de la peau, d'os ou de cartilage) ou pour leucémie aiguë ou pour nouveau-né avec poids de naissance de 1 500 grammes ou moins dans les trois premiers mois de vie (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,25

16061	Visite de transfert	133,25

AVIS : Pour les codes **16060** et **16061**, inscrire l'heure de début du service.

Voir la règle 5.6 du préambule général.

09019	Visite de contrôle	48,30
	Maladies infectieuses en émergence :	
09026	Visite principale	155,85
----	Supplément de consultation 89,40	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,25
16062	Visite de contrôle	48,30

AVIS : Pour le code **16062**, inscrire l'heure de début du service.

Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	245,25
09030	Planification du traitement	108,95

NOTE : Les codes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces codes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

AVIS : Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

15434	Planification de l'antibiothérapie séquentielle orale d'une durée d'au moins 21 jours chez un patient de 12 ans ou moins	93,50
	Cas transférés interhospitaliers nécessitant une consultation en maladies infectieuses :	
09031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,25
09033	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	98,10

AVIS : Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	151,30
09096	chaque jour subséquent	88,15

***AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient***

09097	<i>premier jour</i>	110,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

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

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

Externe

09162	Visite principale	80,65
----	Supplément de consultation 93,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	174,55
09078	Supplément de durée	32,85

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

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

09164	Visite de contrôle	37,35

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Maladies infectieuses en émergence :

09041	Visite principale	98,30
----	Supplément de consultation 98,00	
09042	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	196,30

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

09043	Visite de contrôle	42,80

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Antibiothérapie parentérale ambulatoire :

15435	Visite principale	84,45
	Supplément de consultation 160,80	
09044	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	245,25

09032	Planification du traitement	108,95

NOTE : Les codes 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces codes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.

09045	Visite de contrôle	55,30

15003	Expertise requise suite à une contamination accidentelle avec des produits biologiques potentiellement infectés, incluant un rapport au dossier du patient	196,30

NOTE : Si le patient est vu dans les jours suivants pour le même épisode, une visite principale peut être facturée.

Salle d'urgence

09046	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,25

Maladies infectieuses en émergence :

09047	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	245,25

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

Antibiothérapie parentérale ambulatoire :

09048	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement)	245,25
09049	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	98,10

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

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

09147	Visite principale	31,65
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	31,65
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	129,70
09148	Visite de contrôle	15,20
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	59,30

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.*

Domicile :

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

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- *l'un des codes de facturation suivants;*
- *le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.*

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- *le code de facturation approprié de l'onglet C;*
- *la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.***

09201	Visite principale	80,65

Supplément de consultation 93,90

09212	<i>Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	174,55
09088	<i>Supplément de durée</i>	32,85

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

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

09202	<i>Visite de contrôle</i>	37,35
	<i>Maladies infectieuses en émergence :</i>	
09074	<i>Visite principale</i>	98,30

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

R = 1

NÉPHROLOGIE

AVIS : Pour la facturation de tous les codes de visite, sauf dialyse. Voir la Règle d'application n° 31.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	98,30
15436	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,55
----	Supplément de consultation 113,45	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	211,75
15437	si patient de moins de 18 ans, supplément	21,10
----	Supplément de consultation anténatale 113,45	
15715	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	211,75
15716	si patient de moins de 18 ans, supplément	21,10
09137	Supplément de durée	45,40

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

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

09129 Visite de contrôle 45,40

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

15438 Un supplément est payable si patient greffé rénal 31,65

NOTE : Le code 15438 ne peut être facturé avec les codes 09080, 09095 et 09096.

09150 Visite principale 104,75

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 104,75

15439 Si patient de moins de 18 ans, supplément 10,55

---- Supplément de consultation 93,00

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 197,75

15440 si patient de moins de 18 ans, supplément 16,35

---- **Supplément de consultation anténatale 93,00**

15717 Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale) 197,75

15718 si patient de moins de 18 ans, supplément 16,35

09080 Supplément de durée 29,10

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

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

09094 Visite de transfert 98,90

15441 si patient de moins de 18 ans, supplément 10,55

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	63,90
15719	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,55
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	75,65
15442	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,55

	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	147,00
09096	chaque jour subséquent	86,00

*AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient*

09097	<i>premier jour</i>	110,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	110,00

AVIS : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.

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

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

00024	Visite de départ	105,55
15443	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,55

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

Externe

09162	Visite principale	75,65

15444	si patient de moins de 18 ans, supplément	10,55
----	Supplément de consultation 87,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	162,85
15445	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,85
----	Supplément de consultation anténatale 87,20	
15720	Consultation anténatale faite auprès d'une patiente enceinte, au sujet du fœtus, dans le but d'évaluer un problème médical (incluant la visite principale et le supplément de consultation anténatale)	162,85
15721	si patient de moins de 18 ans, supplément	15,85
09078	Supplément de durée	34,90
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09164	Visite de contrôle	34,90
	Transplantation	
15446	Visite principale	93,60
15447	si patient de moins de 18 ans, supplément	46,80
15448	Visite pendant la première année post-transplantation	117,00
15449	si patient de moins de 18 ans, supplément	58,55
15450	Visite post-biopsie rénale	117,00
15451	si patient de moins de 18 ans, supplément	58,55
15452	Visite pour bilan annuel incluant la révision complète du dossier	351,05
15453	si patient de moins de 18 ans, supplément	175,55
15454	Visite pour évaluation d'un patient en prégreffe rénale	351,05
15455	si patient de moins de 18 ans, supplément	175,55
15456	Évaluation annuelle, au vu du dossier d'un receveur potentiel	46,80
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
09147	Visite principale	26,20
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,20

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	98,30
09148	Visite de contrôle	13,70

Domicile :

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

Dialyse (sans égard au lieu, n'incluant pas les techniques pour accès)

09291	Visites pour le traitement par dialyse péritonéale, incluant tous les soins par un néphrologue pendant cette séance de dialyse, par patient de moins de 18 ans	69,45

Supervision du traitement par dialyse péritonéale à domicile, par mois calendrier, par patient

15035	patient de 18 ans ou plus	559,40
15036	patient de moins de 18 ans	1 772,20

Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de moins de 18 ans

15457	dialyse initiale	211,10

Supervision d'une unité de dialyse, par séance, par patient de 18 ans ou plus

15040	dialyse initiale	208,45

AVIS : Indiquer l'heure de début du service pour les codes **15457** et **15040**.

Dialyse subséquente

AVIS : Indiquer l'heure de début du service.

hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, en semaine

15041	patient de 18 ans ou plus	43,05
15042	patient de moins de 18 ans	139,00

hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, en semaine

15043	patient de 18 ans ou plus	53,35
15044	patient de moins de 18 ans	152,90

hémodialyse débutant entre minuit et 07:00 heures, en tout temps

15045	patient de 18 ans ou plus	55,55
15046	patient de moins de 18 ans	152,90

hémodialyse débutant entre 07:00 heures et 17:00 heures, samedi, dimanche ou un jour férié

15047	patient de 18 ans ou plus	48,70
15048	patient de moins de 18 ans	146,00
	hémodialyse débutant entre 17:00 heures et minuit, samedi, dimanche ou un jour férié	
15722	patient de 18 ans ou plus	53,70
15723	patient de moins de 18 ans	153,90
	NOTE : les honoraires pour l'hémodialyse initiale ne peuvent être réclamés de nouveau dans les six semaines suivant le dernier traitement par hémodialyse.	
15050	Supervision du traitement par hémodialyse à domicile, par mois calendrier, par patient	559,50
15051	Supervision du traitement par hémodialyse en centre satellite, par mois calendrier, par patient	559,50

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	<i>Visite principale</i>	75,65
----	<i>Supplément de consultation 87,20</i>	
09212	<i>Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	162,85
09088	<i>Supplément de durée</i>	34,90

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

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

09202	<i>Visite de contrôle</i>	34,90

NEUROCHIRURGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	49,35
----	Supplément de consultation 98,10	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	147,45
09292	Supplément de durée	30,80

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

Avis : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	18,45

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	38,15
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	38,15
----	Supplément de consultation 75,25	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,40

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

09152	Visite de contrôle	18,45

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095	premier jour	111,90

09096	chaque jour subséquent	70,70

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

Si le séjour à l'unité de soins intensifs débute après 19 h, inscrire la date du lendemain comme date de service et 7 h comme heure de début du service.

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

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

00088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crano-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique	
	premières 24 heures	283,45
	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM	
15123	premières 24 heures	283,45

NOTE : Concernant les codes 00088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation, en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.

16063	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	340,25

NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas au code 16063.

Soins médicaux pour un patient ayant subi un traitement endovasculaire pour une pathologie neurovasculaire par un médecin d'une autre spécialité excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques

16064	1 ^{er} jour	226,85
16065	2 ^e au 10 ^e jour (par jour)	56,65

Externe

09162	Visite principale	37,05
----	Supplément de consultation 76,35	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,40

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

09164	Visite de contrôle	16,60

16066	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié)	340,25

NOTE : La Règle d'application n° 20 ne s'applique pas au code 16066.

15515	Visite de suivi oncologique incluant la détermination du traitement par chimiothérapie ainsi que la supervision de celui-ci par le neurochirurgien. Maximum 1 fois par patient, par mois	52,80

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

09147	Visite principale	24,70
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	24,70

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,40

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

09148	Visite de contrôle	12,90

Domicile :

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

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques surspécialisées :

15724	Évaluation par un médecin neurochirurgien au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique surspécialisée comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins	51,10

d'au moins deux spécialités différentes.

AVIS : Incrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	Visite principale	37,05

----	Supplément de consultation 76,35	

09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,40

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

09202	Visite de contrôle	16,60

NEUROLOGIE NEUROPSYCHIATRIE ET ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

AVIS : Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201** et **09212**, voir la Règle d'application no 24.

Cabinet privé :

15697	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le Montreal Cognitive Assessment, le Mini-Mental State Examination de Folstein, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément Maximum 2 par patient, par an, par établissement, pour les codes 15697, 15700 et 15793 ou une combinaison des trois	237,50

NOTE : Le code 15697 n'est facturable qu'avec les codes 09127, 09129 et 09165.

09127	Visite principale	104,70

16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient a tenté 2 anticonvulsants et qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, parkinsonisme, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	27,15

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

----	Supplément de consultation	119,20
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	223,90
15134	enfant de 14 ans ou moins, supplément	22,85
09137	Supplément de durée	36,95

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

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

15698	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui un neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte	211,10
	Maximum une fois par patient, à vie pour les codes 15698 et 15701	
09129	Visite de contrôle	59,35

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

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

09150	Visite principale	115,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	115,60
----	Supplément de consultation	86,05
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	201,65
15135	enfant de 14 ans ou moins, supplément	22,85

09080	Supplément de durée	21,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS :</u> Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.	
09094	Visite de transfert	115,60
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du préambule général.	
	Accident vasculaire cérébral aigu	
15798	Évaluation d'un patient présentant des signes ou symptômes suggestifs d'un accident vasculaire cérébral aigu pour considération de thrombolyse ou thrombectomie, incluant la consultation téléphonique qui initie l'évaluation, un déplacement au chevet du patient en moins de 60 minutes, une révision d'un examen d'imagerie neurovasculaire et une prise de décision thérapeutique	350,00
	NOTE : Le code 15798 ne peut être facturé qu'une fois, par patient, par jour, par installation.	
	NOTE : Le code 15798 ne peut être facturé avec une visite ni avec les codes 00080 et 20183, par le même médecin.	
	NOTE : Le code 15798 ne peut être facturé avec le code 15792, le même jour.	
15699	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique Maximum 2 par mois, par patient	158,35
09152	Visite de contrôle	42,90
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du Préambule général).	57,15
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	133,75
09096	chaque jour subséquent	77,80
	<i>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>110,00</i>

09098	chaque jour subséquent	110,00

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

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

Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques

16070	premier jour	115,60
16071	chaque jour subséquent	84,30

NOTE : Le code 16071 ne peut être majoré selon les dispositions relatives à la Règle 14 du Préambule général.

NOTE : Les codes 16070 et 16071 ne peuvent être facturés avec une autre visite, le même jour par le même médecin ou un médecin de même spécialité dans la même installation.

00024	Visite de départ	125,75

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

Externe

15700	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant le Montreal Cognitive Assessment, le Mini-Mental State Examination de Folstein, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément Maximum 2 par patient, par an par établissement, pour les codes 15697, 15700 et 15793 ou une combinaison des trois	237,50

NOTE : Le code 15700 n'est facturable qu'avec les codes 09162, 09164 et 09170.

09162	Visite principale	80,55

16072	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient a tenté 2 anticonvulsivants et qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, parkinsonisme, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	27,15

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS : Inscrire le code de diagnostic approprié.

----	Supplément de consultation	91,70
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	172,25
15136	enfant de 14 ans ou moins, supplément	22,85
09078	Supplément de durée	26,40

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

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

15701	Rédaction d'un rapport par un neuropédiatre résumant son suivi pour un patient souffrant d'une maladie neurologique chronique et chez qui un neuropédiatre a assuré un suivi minimal de trois ans, en vue d'un transfert de prise en charge vers un neurologue adulte Maximum une fois par patient, à vie pour les codes 15701 et 15698	211,10
15702	Supervision par un neurologue pendant l'administration d'une chimiothérapie dont il est responsable pour un patient souffrant d'un cancer neurologique Maximum 2 par mois, par patient	158,35
09164	Visite de contrôle	45,65

15791	Visite de suivi oncologique pour un traitement de radio-oncologie, radiochirurgie, radiofréquence pour un patient souffrant d'un cancer neurologique dont il est le médecin traitant	75,00

Maximum 12 fois par année à intervalle de 3 mois entre chaque série

NOTE : Une fois par patient, par semaine, du lundi au dimanche, et jusqu'à 6 semaines consécutives.

NOTE : N'est payable que pour les médecins classés en neurologie désignés par les parties négociantes.

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	241,30
15137	enfant de 14 ans ou moins, supplément	22,85
15792	Accident vasculaire cérébral aigu	350,00
	Évaluation d'un patient présentant des signes ou symptômes suggestifs d'un accident vasculaire cérébral aigu pour considération de thrombolyse ou thrombectomie, incluant la consultation téléphonique qui initie l'évaluation, un déplacement au chevet du patient en moins de 60 minutes, une révision d'un examen d'imagerie neurovasculaire et une prise de décision thérapeutique	
	NOTE: Le code 15792 ne peut être facturé qu'une fois, par patient, par jour, par installation.	
	NOTE : Le code 15792 ne peut être facturé avec une visite ni avec les codes 00080 et 20183, par le même médecin.	
	NOTE : Le code 15792 ne peut être facturé avec le code 15798, le même jour.	
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
15793	Évaluation neurocognitive spécialisée par le neurologue, excluant Montreal Cognitive Assessment, le Mini-Mental State Examination de Folstein, l'histoire et l'examen neurologique, d'une durée minimale de 1 heure, supplément	225,00
	Maximum 2 par patient, par an, par établissement, pour les codes 15697, 15700 et 15793 ou une combinaison des trois	
	NOTE : Le code 15793 n'est facturable qu'avec les codes 09147 et 09176	
09147	Visite principale	30,40
16073	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient a tenté 2 anticonvulsivants et qui fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, parkinsonisme, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	27,15
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin	
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le code de diagnostic approprié.</i>	
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	30,40

16074	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient sous 2 anticonvulsivants qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément	27,15

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient, par médecin

AVIS : *Inscrire le code de diagnostic approprié.*

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	116,95
09148	Visite de contrôle	15,90

Centre hospitalier :

Réunion neuromusculaire multidisciplinaire :

15599	Évaluation, par un neurologue surspécialisé en pathologies neuromusculaires et/ou neurogénéticien en compagnie d'un pathologiste, du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un diagnostic et un plan de traitement avec production d'un rapport au dossier du patient. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une réunion neuromusculaire multidisciplinaire à laquelle participent au moins deux médecins d'au moins deux spécialités différentes, incluant au minimum un pathologiste et un neurologue	52,80

NOTE : Le code 15599 ne peut s'appliquer à plus de deux médecins de la même spécialité, par cas.

AVIS : *Inscrire:*

- le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession;
- l'heure de début du service.

AVIS : *Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références.*

Domicile :

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

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201 Visite principale **80,55**

NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient

16075 dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire et autres myopathies, épilepsie réfractaire (patient sous 2 anticonvulsivants et qui a fait au moins 2 crises dans la dernière année), ataxie d'origine dégénérative ou génétique, tumeur cérébrale maligne, démence, maladie de Parkinson, ataxie de Friedreich, maladie de Huntington, polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique, myasthénie grave, hypersomnie idiopathique et narcolepsie, dystonie généralisée idiopathique ou paralysie cérébrale, supplément **27,15**

AVIS : Inscrire le code de diagnostic approprié.

---- **Supplément de consultation 91,70**

09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) **172,25**

15138 enfant de 14 ans ou moins, supplément **22,85**

09088 Supplément de durée **26,40**

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

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

09202 Visite de contrôle **45,65**

R = 1

OBSTÉTRIQUE GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des visites principales ou des visites à la demande d'une sage-femme, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

15516 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :

- IMC $\geq$ 35; 27,45
- Patiente âgée $\leq$ 13 ans;
- Patiente âgée $\geq$ 70 ans;
- Patiente à mobilité réduite;
- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués

NOTE : Le code 15516 est facturable avec les codes 09165, 09281, 09286, 15080 et 16076.

AVIS : Incrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.

09149 Visite principale 54,90

15108 prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément 32,70

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations .

---- **Supplément de consultation 51,70**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 106,60

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

---- **Supplément de consultation intradisciplinaire 80,20**

09281 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 135,10

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

---- **Supplément de consultation interdisciplinaire 51,70**

09286 Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 106,60

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

15080 Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 106,60

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme..

16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	68,60

AVIS : Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.

09292	Supplément de durée	26,40

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129	Visite de contrôle	22,15

09138	Visite prénatale	29,45

15124	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	32,70

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations .

16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	168,90

16078	visite subséquente	47,50

NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin

15850	Évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine dont l'âge gestationnel est d'un maximum de 63 jours, incluant toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15852 et 15853), la thérapie médicale et la thérapie de communication	168,90

15852	Examen d'ultrasonographie requis pour fin d'évaluation d'une demande d'interruption volontaire de grossesse par médicament	60,95

NOTE : le code 15852 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15850 et 15851), la thérapie médicale et la thérapie de communication.

15854	Visite subséquente pour confirmation de l'interruption complète de la grossesse par médicament	
	Maximum d'une visite subséquente, par patiente, par interruption volontaire de grossesse	47,50

par médicament

NOTE : Le code 15854 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15856 et 15857), la thérapie médicale et la thérapie de communication.

NOTE : Le code 15854 peut seulement être facturé dans les 18 jours suivant une évaluation globale pour interruption volontaire de grossesse par médicament

15856 Examen d'ultrasonographie requis pour confirmer l'interruption volontaire de grossesse par médicament 39,80

NOTE : Le code 15856 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15854 et 15855), la thérapie médicale et la thérapie de communication.

NOTE : Le code 15856 peut seulement être facturé dans les 18 jours suivant une évaluation globale pour interruption volontaire de grossesse par médicament

Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal

15518 visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse 137,20

15519 visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse 54,90

AVIS : Pour les codes de facturation **15518** et **15519**, indiquer la date des dernières menstruations.

Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique

15520 visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile. 184,70

15521 visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile 41,15

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

15522 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants :

- IMC ≥ 35 ; 24,30
- Patiente âgée ≤ 13 ans;
- Patiente âgée ≥ 70 ans;
- Patiente à mobilité réduite;
- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués

NOTE : Le code 15522 est facturable avec les codes 09160, 09282, 09287, 15081, 15140 et 16083.

AVIS : Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.

09151 Visite principale 49,05

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,05
15109	Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	28,50
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.	
	<u>AVIS</u> : Indiquer la date des dernières menstruations.	
09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,30
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	95,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine	190,00
	NOTE : Les actes codés 16079, 16080, 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
	<u>AVIS</u> : Pour les codes de facturation 16079 et 16080 , indiquer la date des dernières menstruations.	
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	50,65
16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	101,35
	NOTE : Le code 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	<u>AVIS</u> : Indiquer la date des dernières menstruations.	
	NOTE : Les codes 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.	
----	Supplément de consultation	45,95
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	95,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire	70,20
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	119,25
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	45,95
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	95,00

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	139,25
15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	188,30
	NOTE : Le code 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	

15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	95,00

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	58,05

AVIS : Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.

15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	139,35
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15083	première visite	79,15
15084	visite subséquente	36,95
00027	Visite de suivi oncologique	26,40

AVIS : Voir la règle 7.2 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

15085	Supplément de durée	21,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation	

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09152	Visite de contrôle	19,55
09156	Visite prénatale, grossesse normale	26,20

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

15125	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	28,50

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,30
09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	34,85
15126	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	19,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,30
15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	158,35

AVIS : Inscrire le code de diagnostic médical.

15087	visite subséquente	52,80
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et, le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	158,35

AVIS : Inscrire le code de diagnostic médical.

15089	visite subséquente	52,80
	Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique	
15523	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile	162,55
15524	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	36,40
15525	Stabilisation et organisation des soins d'une patiente instable hémodynamiquement en vue de subir une embolisation	527,75

NOTE : Le code 15525 est facturable en sus de l'accouchement, de la césarienne ou des codes sous les onglets « Gynécologie » et « Obstétrique ».

Externe

15526 Un supplément est payable dans les cas complexes suivants:

- IMC ≥ 35 ; 21,10
- Patiente âgée ≤ 13 ans;
- Patiente âgée ≥ 70 ans;
- Patiente à mobilité réduite;
- Patiente présentant une démence ou un déficit cognitif préalablement diagnostiqués

NOTE : Le code 15526 est facturable avec les codes 09170, 09283, 09288, 15090, 15143 et 16088.

AVIS : Incrire l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente s'il est supérieur ou égal à 35.

09175 Visite principale 42,50

15110 prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément 25,05

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00073 Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément 5,30

16084 Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18^e semaine 95,00

16085 Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18^e semaine 190,00

NOTE : Les codes 16079, 16080, 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.

AVIS : Pour les codes de facturation **16084** et **16085**, indiquer la date des dernières menstruations.

16086 Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines 44,35

16087 Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements 88,65

NOTE : Le code 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

NOTE : Les codes 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent être facturés avec une visite prénatale à la même séance.

---- Supplément de consultation 39,85

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 82,35

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

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 60,95

09283 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 103,45

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

---- Supplément de consultation interdisciplinaire 39,85

09288 Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 82,35

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

---- Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 134,80

15143 Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 177,30

NOTE : Le code 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).

15090 Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 82,35

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

16088 Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport 52,80

AVIS : Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.

15666 Évaluation au vu du dossier d'une patiente dans le cadre du Registre des Maladies Trophoblastiques du Québec, avec note consignée 10,55

NOTE : Le code 15666 est facturable seulement au CHUM.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	139,35
	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
15092	première visite	79,15
15093	visite subséquente	36,95
15094	Supplément de durée	21,10

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09164	Visite de contrôle	16,90
09166	Visite prénatale, grossesse normale	22,90

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 5 sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

15127	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	25,05

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,30
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé	30,10
15129	prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément	19,00

AVIS : Voir la règle 9 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

AVIS : Indiquer la date des dernières menstruations.

00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	5,30

15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	158,35
<u>AVIS</u> : Le code de diagnostic est obligatoire pour le paiement de cet acte.		
15096	visite subséquente	52,80
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	
16089	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	158,35
16090	visite subséquente	40,10
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	
15851	Évaluation globale pour interruption volontaire par médicament d'une grossesse intra-utérine dont l'âge gestationnel est d'un maximum de 63 jours, incluant toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15852 et 15853), la thérapie médicale et la thérapie de communication	158,35
15853	Examen d'ultrasonographie requis pour fin d'évaluation d'une demande d'interruption volontaire de grossesse par médicament	27,35
	NOTE : Le code 15853 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15850 et 15851), la thérapie médicale et la thérapie de communication.	
15855	Visite subséquente pour confirmation de l'interruption complète de la grossesse par médicament	
	Maximum d'une visite subséquente, par patiente, par interruption volontaire de grossesse par médicament	40,10
	NOTE : Le code 15855 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15856 et 15857), la thérapie médicale et la thérapie de communication.	
	NOTE : Le code 15855 peut seulement être facturé dans les 18 jours suivant une évaluation globale pour interruption volontaire de grossesse par médicament.	
15857	Examen d'ultrasonographie requis pour confirmer l'interruption complète de la grossesse par médicament	15,85
	NOTE : Le code 15857 inclut toutes les visites en établissement et en cabinet (sauf les codes 15854 et 15855), la thérapie médicale et la trhérapie de communication.	
	NOTE : Le code 15857 peut être facturé dans les 18 jours suivant une évaluation globale pour interruption volontaire par médicament.	
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	158,35

AVIS : Le code de diagnostic est obligatoire pour le paiement de cet acte.

15098	visite subséquente	52,80
09192	Clinique des tumeurs	
	pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	31,65
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
09064	visite principale	38,00
09065	visite de suivi	26,40
	Visite et suivi suite à un résultat de dépistage prénatal anormal	
15528	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par grossesse	105,55
15529	visite subséquente, maximum 1 visite subséquente par patiente, par grossesse	42,20

AVIS : Pour les codes de facturation **15528** et **15529**, indiquer la date des dernières menstruations.

Prise en charge d'une patiente présentant une complication, suite à une chirurgie gynécologique impliquant du matériel synthétique

15530	visite initiale, maximum 1 visite initiale par patiente, par année civile.	141,45
15531	visite subséquente, maximum 2 visites subséquentes par patiente, par année civile	31,65

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

09147	Visite principale	21,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10

AVIS : Voir la règle 5.5 du préambule général.

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	48,25

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

09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	56,15

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

09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	49,30

AVIS : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

16091	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	42,20

AVIS : Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.

09148	Visite de contrôle	11,10

Domicile :

09171	Visite principale	48,55

09172	Visite de contrôle	17,95

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin gynécologue oncologue au vu du dossier d'une patiente dirigée par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.	52,80

NOTE : Maximum 6 par médecin, par mois.

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09209	Visite principale	42,50

15111	<i>Prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément</i>	25,05
----	Supplément de consultation 39,85	
	<u>AVIS</u> : Indiquer la date des dernières menstruations.	
09212	<i>Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	82,35
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 60,95	
09285	<i>Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	103,45
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 39,85	
09290	<i>Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)</i>	82,35
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15113	<i>Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport</i>	82,35
	<u>AVIS</u> : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.	
16092	<i>Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport</i>	52,80
	<u>AVIS</u> : Inscrire le prénom et le nom du membre du personnel infirmier.	
15128	<i>Supplément de durée</i>	21,10
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	<i>Visite de contrôle</i>	16,90
15117	<i>Visite prénatale, grossesse normale</i>	22,90
15141	<i>prise en charge d'une patiente enceinte, incluant le counseling génétique pour le dépistage prénatal, supplément</i>	25,05
	<u>AVIS</u> : Indiquer la date des dernières menstruations.	

16093	<i>Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance</i>	158,35
16094	<i>visite subséquente</i>	40,10

NOTE : Maximum de 3 visites subséquentes par médecin.

R = 1

OPHTALMOLOGIE

AVIS : *Pour la facturation des visites principales ou des visites à la demande d'un optométriste, voir la Règle d'application n° 21.*

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTES :

*** 1)** En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.

**** 2)** L'évaluation neuro-ophtalmologique d'un patient dirigé par un médecin spécialiste pour une suspicion de pathologie neuro-ophtalmologique est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

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

***** 3)** La consultation intradisciplinaire pour condition oculaire inflammatoire sévère est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie une formation particulière en uvéite.

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

Cabinet privé :

09252	Visite principale	79,10
----	*Supplément de consultation 21,75	
09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	100,85
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
---	* Supplément de consultation intradisciplinaire 33,30	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	112,40
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	100,85
	<u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.	
09292	Supplément de durée	52,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09123 **	Évaluation neuro-ophtalmologique	140,40
09129	Visite de contrôle	45,10
15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	89,25

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	72,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	72,00
----	* Supplément de consultation 15,80	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	87,80
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 34,85	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,85

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

15752 *** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 168,90

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

15753 Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 168,90

NOTE : Le code 15753 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.

15100 Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport 87,80

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

16095 Supplément de durée 52,80

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09124 ** Évaluation neuro-ophtalmologique 211,10

15178 Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère 82,05

NOTE : Le code 15178 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.

09152 Visite de contrôle 41,00

09161 Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) 69,75

15018 Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois 83,95

Soins intensifs

15179 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 144,10

15180 Visite de suivi pour patient polytraumatisé ou ayant subi un traumatisme oculaire 72,05

AVIS : Pour les codes **15179** et **15180**, inscrire l'heure de début du service.

Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Externe

09253	Visite principale	57,60
----	* Supplément de consultation 15,80	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	73,40
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 49,25	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,85
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15754	*** Consultation intradisciplinaire pour un patient présentant une condition oculaire inflammatoire sévère (incluant la visite principal et le supplément de consultation)	168,90
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15755	Consultation pour trauma orbitofacial complexe (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	168,90
	NOTE : Le code 15755 ne peut être effectué que dans un centre de traumatologie tertiaire désigné par les parties négociantes.	
15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	73,40
	<u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.	
16096	Supplément de durée	52,80
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	211,10
15181	Visite de suivi et supervision d'un patient sous immunomodulateurs systémiques pour condition oculaire inflammatoire sévère	65,65
	NOTE : Le code 15181 est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes.	
09164	Visite de contrôle	32,85
15258	Visite de contrôle le week-end et les jours fériés	55,80
15019	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois	83,95

Salle d'urgence

15182 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 120,05

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

09147 Visite principale 72,00

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 72,00

09176 * Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 87,80

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

09284 * Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 106,85

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

15102 Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport 87,80

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

09148 Visite de contrôle 41,00

Domicile :

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168 Évaluation par un médecin ophtalmologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins ophtalmologistes 49,20

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

Oncologie oculaire

15532	Visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	95,00
	NOTE : Le code 15532 n'est exigible qu'une fois par période de trois mois, par patient.	
	NOTE : Le code 15532 ne peut être facturé dans les trois mois suivant une consultation.	
----	Supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire 73.90	
15533	Consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire (incluant la visite principale pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire et le supplément de consultation, à la demande d'un médecin spécialiste, pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire)	168,90
15534	Visite de suivi pour tumeur intra-oculaire ou orbitaire	63,35
15535	Évaluation initiale par un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire faite à la demande d'un ophtalmologiste spécialisé en oncologie oculaire, pour opinion complémentaire, le même jour, par patient	126,65
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.</i>	
15536	évaluation subséquente, par patient	63,35
	NOTE : Les codes 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536 ne s'appliquent qu'aux médecins désignés par les parties négociantes.	
	<u>AVIS</u> : <i>Pour les codes 15532, 15533, 15534, 15535 et 15536, inscrire l'heure de début du service.</i>	
15537	Évaluation, au vu du dossier d'un patient, des résultats de l'examen orthoptique réalisé par un orthoptiste diplômé, dans le but de déterminer la conduite à tenir	15,85
	NOTE : Le code 15537 ne peut être facturé avec une visite, le même jour, par le même médecin ou un médecin de même spécialité.	
	NOTE : Le code 15537 n'est exigible qu'une fois par patient, par année civile.	
	NOTE : Le code 15537 ne s'applique qu'aux établissements pédiatriques désignés par les parties négociantes.	
	<u>AVIS</u> : <i>LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT</i>	
	<i>Voir la règle 17 du préambule général.</i>	
	<i>Pour les visites, utiliser :</i>	
	<i>- l'un des codes de facturation suivants;</i>	
	<i>- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.</i>	

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09265 Visite principale **57,60**

---- * **Supplément de consultation 15,80**

09256 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) **73,40**

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

---- * **Supplément de consultation intradisciplinaire 49,25**

09285 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) **106,85**

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

15103 Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport **73,40**

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

16097 Supplément de durée **52,80**

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09202 Visite de contrôle **32,85**

15023 Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 12 mois **83,95**

NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

R = 1

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

AVIS : Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 09281, 09283, 09285, 15458 et 15460**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127 Visite principale 61,45

---- Supplément de consultation 16,55

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 78,00

---- Supplément de consultation intradisciplinaire 28,95

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

09281 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 90,40

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

15458 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 72,00

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste.

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09292 Supplément de durée 41,40

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

AVIS : Voir la règle 2.8 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129 Visite de contrôle 24,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150 Visite principale 72,20

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 72,20

---- Supplément de consultation 18,00

09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,20
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 31,20	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	103,40
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15459	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	83,05
	<u>AVIS</u> : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.	
	Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
16098	Visite de suivi aux soins intensifs	41,00
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.3 de l'Addendum 4 – Chirurgie.	
09152	Visite de contrôle	25,10
	Externe	
09162	Visite principale	47,45
----	Supplément de consultation 13,75	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	61,20
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 24,85	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,30
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.	
15460	Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport	56,35
	<u>AVIS</u> : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.	

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09164 Visite de contrôle 19,60

Salle d'urgence

15461 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 75,40

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

09147 Visite principale 32,20

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 32,20

AVIS : Voir la règle 5.5 du préambule général.

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 61,20

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

09284 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 75,00

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

15462 Visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste, incluant la rédaction d'un rapport 56,35

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'audiologiste, de l'audioprothésiste ou de l'orthophoniste et sa profession.

Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

09148 Visite de contrôle 14,90

Domicile :

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

Centre hospitalier

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168	Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement, dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de quatre médecins de la même spécialité	56,15

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

Présence d'un médecin oto-rhino-laryngologiste à la demande d'un autre médecin, dans l'éventualité d'une intubation ou d'une extubation, sans autre code chirurgical, à l'exception de la trachéotomie (code 03019), incluant la visite et le rapport au dossier

15183	première heure	301,45
15184	par demi-heure additionnelle	150,80

AVIS : Inscrire :

- la durée additionnelle de l'évaluation;
- le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	47,45
----	Supplément de consultation 13,75	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	61,20

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

---- **Supplément de consultation intradisciplinaire 24,85**

09285 Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) **72,30**

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

09202 Visite de contrôle **19,60**

ADDENDUM 2. - PÉDIATRIE

RÈGLE 1.

EXAMEN GÉNÉRAL

1.1 Le pédiatre a droit au paiement de l'honoraire de l'examen général pour l'évaluation de la croissance et du développement d'un enfant.

RÈGLE 2.

SOINS D'UN NOUVEAU-NÉ

Abrogé.

RÈGLE 3.

PRÉSENCE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT OU EN SALLE D'OPÉRATION

3.1 Le tarif prévoit le paiement d'un honoraire au pédiatre auquel le médecin accoucheur, le chirurgien, l'anesthésiologiste ou la sage-femme demande d'être présent lors d'un accouchement ou d'un service rendu à la salle d'opération, pour le soin du nouveau-né, d'un enfant ou d'un adolescent.

Cet honoraire s'applique en sus de tout autre honoraire payable au pédiatre pour les soins dispensés dans la salle d'accouchement ou dans la salle d'opération.

RÈGLE 4.

CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE

4.1 On accorde le supplément de la consultation au pédiatre auquel un malade hospitalisé est dirigé pour qu'il donne son opinion au sujet du diagnostic ou du traitement d'une pathologie grave ou complexe.

Ce supplément est payé pour le premier examen.

Toutefois, lorsqu'un patient examiné par un pédiatre à la clinique externe ou à la salle d'urgence est pris en charge par un autre pédiatre dans une unité de soins du même centre hospitalier, ce dernier n'a pas droit au supplément de consultation.

RÈGLE 5.

SUPPLÉMENT DE DURÉE

Le pédiatre a droit au supplément de durée prévu pour la médecine.

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

Le supplément de durée n'est pas payable si trois suppléments de durée ont été payés au médecin pour le même patient dans les douze mois précédents, sauf s'il s'agit d'un malade hospitalisé.

RÈGLE 6.

SUPPLÉMENT PÉDIATRIQUE AUX SOINS INTENSIFS

Dans une unité de soins intensifs, le pédiatre a droit à un supplément de 79 \$ pour la première visite qu'il effectue auprès d'un patient. Ce supplément s'ajoute à l'honoraire du forfait de prise en charge du patient de l'annexe 29, à l'honoraire de la consultation ou à l'honoraire de la visite principale, selon le cas.

Un seul supplément est exigible par patient, par hospitalisation. Toutefois, de façon exceptionnelle, lorsque le patient est admis plus d'une fois aux soins intensifs durant la même hospitalisation, le pédiatre a alors droit au paiement de ce supplément pour chaque première visite du patient suivant l'admission.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Première visite du patient aux soins intensifs en pédiatrie** pour obtenir le supplément et inscrire la date d'entrée en établissement.

*S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Réadmission à l'unité de soins intensifs lors d'une même hospitalisation**.*

Voir la règle 14 du préambule général et l'annexe 29 de la Brochure n° 1.

R = 1

PÉDIATRIE

15185 Un ou des tests d'allergies alimentaires 30,10

Cabinet privé :

09127 Visite principale 59,80

---- **Supplément de consultation 137,85**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 197,65

15538 si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément 137,20

AVIS : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **09165** si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.

00082 Supplément de durée 116,25

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15049 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 134,95

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

16099 Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste 99,95

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.

09194 Examen général 59,80

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

AVIS : L'examen général **09194** est aboli à compter du 1^{er} juillet 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

09129 Visite de contrôle 54,60

15164 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure 58,10

Maximum : 6 quarts d'heure par séance

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code du diagnostic.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150 Visite principale 174,35

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par mois	174,35
----	Supplément de consultation 34,90	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	209,25
15539	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	137,20
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation 09160 si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.	
----	Supplément de consultation en sous-spécialité 76,75	
15540	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	251,10
15756	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	73,90
	NOTE :Le code 15756 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.	
15541	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	137,20
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation en sous-spécialité 15540 si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.	
15542	Supplément de durée	137,20
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 – Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
15543	Évaluation et prise en charge d'un patient avec pathologie complexe nécessitant une expertise en centre tertiaire (ex.: revue extensive de littérature, consultation(s) hors province, recherches diverses, devant être colligées au dossier), incluant rencontre et explications données au patient et/ou aux parents	
	Maximum : 2 par patient, par centre hospitalier, par année civile	211,10

NOTE : Le code 15543 ne peut être facturé avec aucune autre visite par le même médecin ou un médecin de même spécialité dans le même centre hospitalier.

NOTE : Le code 15543 est réservé aux centres hospitaliers suivants :

- CHUQ - CHUL
- CHUS - Hôpital Fleurimont
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- CHU - Ste-Justine

09094 Visite de transfert 151,15

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15544 Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour 422,20
Maximum d'une prise en charge par patient

15112 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport 134,95

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

09152 Visite de contrôle 36,05

~~**AVIS** : Les mesures suivantes adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) sont mises en application à compter du 1^{er} avril 2021 :~~

~~– la consignation d'une note médicale justifiant la réévaluation clinique du patient et ce qui a été effectué est requise pour la facturation de la visite de contrôle;~~

~~– la visite de contrôle (code de facturation **09152**) est sujette à un plafond de 80 par période de 24 heures, de 7 h à 7 h, par pédiatre. Les visites subséquentes sont payées à 20 % du tarif.~~

~~-~~

~~Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

AVIS : Pour le code de facturation **09152**, inscrire l'heure de début du service.

15165 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par 30 minutes 58,10

Maximum : 90 minutes par patient, par médecin, par 15 jours d'hospitalisation

NOTE : Le code 15165 ne peut être majoré selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code du diagnostic.

00086 Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération 174,35

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

Examen du nouveau-né normal

00081 à la naissance 63,35

15545 au départ 63,35

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

NOTE : Le code 15545 ne peut être facturé avec aucune autre visite par le même médecin durant l'hospitalisation à l'exception du code 00081.

09161 Tournée des malades le week-end 131,95
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)

15757 pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément 73,90

NOTE : Le code 15757 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

09095 premier jour 209,00

09096 chaque jour subséquent 134,00

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097 ***premier jour*** 110,00

09098 ***chaque jour subséquent*** 110,00

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

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

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

Surveillance à l'unité des soins intensifs (réf. : annexe 29, art. 4.8)

00010	Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel	34,00

AVIS : Indiquer la durée additionnelle de surveillance.

15114	Visite de suivi pour patient immunosupprimé primaire ou secondaire ou ayant subi une greffe ou sous chimiothérapie ou hospitalisé aux soins intensifs	133,70

15696	pour patient avec ventilation assistée sous respirateur, supplément	73,90

NOTE : Maximum d'une visite par jour, par patient, par pédiatre

NOTE : Aucune autre visite ne peut être facturée par ce pédiatre, pour ce même patient, le même jour sauf si effectuée en urgence au sens de la règle 14 du Préambule général.

NOTE : Le code 15696 est payable à un intensiviste pédiatrique (désigné par les parties négociantes) pour un patient admis dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

AVIS : Pour le code de facturation **15696**, préciser le secteur d'activité **Unité de soins intensifs**.

15546	Visite en fin d'hospitalisation pour coordination d'antibiothérapie ou de soins palliatifs à domicile Maximum : 1 par patient	158,35

NOTE : Le code 15546 ne peut être facturé avec aucun autre acte par le même médecin.

00024	Visite de départ	116,25

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

Externe

09162	Visite principale	69,75

----	Supplément de consultation	81,40

09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	151,15

15547	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	137,20

AVIS : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation **09170** si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.

----	Supplément de consultation en sous-spécialité	111,65
15548	Consultation en sous-spécialité (soins intensifs, néonatalogie, maladies infectieuses, urgence ou médecine de l'adolescence) faite par un pédiatre ayant la certification du Collège des médecins dans cette sous-spécialité et désigné par les parties négociantes (incluant la visite principale et le supplément de consultation en sous-spécialité)	181,40
15549	si pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique), d'une durée minimale de 60 minutes, supplément	137,20
	<u>AVIS</u> : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de consultation en sous-spécialité 15548 si la durée est supérieure ou égale à 60 minutes.	
00083	Supplément de durée	93,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.	
	<u>AVIS</u> : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.	
15186	Prise en charge du patient dans une unité de médecine de jour, incluant toutes les visites, mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	87,20
	NOTE : Maximum d'une prise en charge par jour, par patient, par médecin	
15550	Visite pour patient sous chimiothérapie, greffé ou immunosupprimé primaire ou secondaire	95,00
15551	Prise en charge d'un patient en soins palliatifs, première rencontre, incluant toutes les visites faites le même jour	422,20
	Maximum d'une prise en charge par patient	
15115	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	94,90
	<u>AVIS</u> : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.	
16100	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	69,75

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.

09196 Examen général 31,45

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

AVIS : L'examen général **09196** est aboli à compter du 1^{er} juillet 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

09164 Visite de contrôle 26,75

15166 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des parents pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure 58,10

Maximum : 6 quarts d'heure par séance

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code du diagnostic.

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

09147 Visite principale 174,35

09296 Visite principale subséquente, par mois 174,35

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 209,25

09148 Visite de contrôle 36,05

16102 Rencontre d'un ou plusieurs intervenants, ou d'un ou des pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure 58,10

Maximum : 6 quarts d'heure par séance

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;

- la durée de la rencontre;
- le code de diagnostic.

Domicile :

09171	Visite principale	48,55
09172	Visite de contrôle	17,95
15552	Visite pour soins palliatifs incluant toutes les visites à domicile faites le même jour, par patient, par jour	211,10

Divers :

00079	Rencontre avec les parents d'un enfant décédé afin de communiquer le résultat de l'autopsie ou d'examens non disponibles au moment du décès (minimum de 60 minutes)	86,15

AVIS : Incrire le numéro d'assurance maladie de l'enfant décédé.

Si la carte d'assurance maladie n'est pas disponible, inscrire tous les éléments de son identité.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201	Visite principale	69,75
----	Supplément de consultation 81,40	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	151,15
00084	Supplément de durée	93,00

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.

15116 Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport **94,90**

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de la sage-femme.

16101 Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste **69,75**

AVIS : Inscrire le prénom et le nom de l'intervenant ainsi que sa profession.

09202 Visite de contrôle **26,75**

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) ou atteint d'une pathologie complexe (maladie aiguë grave ou maladie chronique) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure.

Maximum : 6 quarts d'heure par séance **58,10**

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- la durée de la rencontre;
- le code de diagnostic.

R = 1

PHYSIATRIE

Cabinet privé :

09127 Visite principale **95,10**

---- **Supplément de consultation 79,50**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) **174,60**

09137 Supplément de durée **47,00**

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

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

09129 Visite de contrôle 49,60

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Incrire la date d'entrée en établissement.

09150 Visite principale 120,50

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 120,50

---- Supplément de consultation 69,35

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 189,85

15321 si patient de moins de 8 ans, supplément 18,35

NOTE : Le code 15321 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.

15322 si patient de 80 ans ou plus, supplément 18,35

NOTE : Le code 15322 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.

15323 si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément 41,15

15324 Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier

Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche 131,40

15325 si médecin traitant, supplément 18,35

15326 Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.)

incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier

Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient 263,15

09080 Supplément de durée 18,90

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

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

09094 Visite de transfert 76,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152 Visite de contrôle 40,95

09161 Tournée des malades le week-end 54,60
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).

00024 Visite de départ 109,90

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

Externe

09162 Visite principale 71,10

---- Supplément de consultation 60,50

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 131,60

09078 Supplément de durée 28,15

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

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

09164 Visite de contrôle 37,05

Salle d'urgence

09108 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 189,95

15328	si patient de moins de 8 ans, supplément	18,35
	NOTE : Le code 15328 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15329	si patient de 80 ans ou plus, supplément	18,35
	NOTE : Le code 15329 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15330	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	41,15

Centre de réadaptation

Hospitalisation

15331	Visite principale	120,50
15332	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	120,50
----	Supplément de consultation	69,35
15333	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	189,95

AVIS : Voir la règle 6.3 du préambule général.

15334	si patient de moins de 8 ans, supplément	18,35
	NOTE : Le code 15334 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15335	si patient de 80 ans ou plus, supplément	18,35
	NOTE : Le code 15335 ne peut être facturé en sus de tout autre supplément, sauf le supplément de consultation.	
15336	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	41,15
15337	Évaluation hebdomadaire pour prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, comprenant l'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille, sauf le P.I.I., dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier	
	Maximum 1 par semaine du lundi au dimanche	131,40

15338	si médecin traitant, supplément	18,35
	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire, atteinte neuromusculaire généralisée ou amputation; ce plan comprend les planifications, les rencontres	
15339	interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier	
	Maximum 1 fois par période de 4 semaines, par patient	263,15

15340	Visite de transfert	76,80

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

15341	Visite de contrôle	40,95
15342	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	54,60
15343	Visite de départ	109,90

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

Externe

15344	Visite principale	71,10
15345	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	15,85
----	Supplément de consultation	60,50
15346	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	131,60
15347	si prise en charge d'un patient avec diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée, avec responsabilité de l'équipe multidisciplinaire, supplément	28,60
15348	Visite de contrôle	37,05
15349	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le malade et/ou la famille, le cas échéant, la	183,25

responsabilité de l'équipe multidisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap, ainsi que le plan de traitement avec échéancier

avec échéancier

Maximum 1 fois par patient post-hospitalisation

NOTE : Le code 15349 est facturable suite à une hospitalisation dans le même centre de réadaptation.

15794 Plan d'intervention individualisé (P.I.I.) pour les cas de diagnostic d'amputation. Ce plan comprend les planifications, les rencontres interdisciplinaires, les rencontres avec le patient et/ou la famille, le cas échéant, la responsabilité de l'équipe interdisciplinaire et la rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) incluant la description de la déficience, de l'incapacité et de l'handicap, ainsi que le plan de traitement par objectif avec échéancier. 249,30

Maximum 1 fois par patient, par amputation

NOTE : Ce code ne peut être facturé si le code 15339 a déjà été facturé chez ce patient dans les 6 mois précédents

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie des rapports aux fins de références ultérieures.

15350 Évaluation médico-handicap pour les cas de diagnostic de trauma craniocérébral, accident vasculaire cérébral, blessure médullaire ou atteinte neuromusculaire généralisée; cette évaluation comprend l'anamnèse, l'examen physique, les discussions interdisciplinaires, les rencontres de la personne-ressource accompagnante et la rédaction d'un rapport incluant la description de la déficience, de l'incapacité et du handicap ainsi que le plan de traitement de réadaptation 131,50

Maximum 1 fois par 3 mois, par patient

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

09147 Visite principale 48,20

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 48,20

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 180,40

09148 Visite de contrôle 23,75

Domicile :

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	71,10
----	Supplément de consultation 57,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	128,40
09088	Supplément de durée	28,15

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

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

09202	Visite de contrôle	37,05
		<u>R = 1</u>

PNEUMOLOGIE

Cabinet privé :

09127	Visite principale	66,30
----	Supplément de consultation 124,75	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	191,05
09137	Supplément de durée	28,25

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

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

09129 Visite de contrôle 46,25

09142 Supplément pédiatrique (18 ans ou moins) 10,25

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

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

15694 Un supplément est payable si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance. 21,10
Maximum 1 fois par patient, par jour

NOTE : Le code 15694 n'est facturable qu'avec les codes 09060, 09150, 09152, 09160 et 09161.

NOTE : Le code 15694 ne peut être facturé avec les codes 00927 ou 41029, à la même séance.

09150 Visite principale 69,45

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 69,45

---- Supplément de consultation 112,10

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 181,55

15187 supplément pédiatrique (18 ans ou moins) 94,55

09080 Supplément de durée 11,30

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

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

09094 Visite de transfert 69,45

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

09152 Visite de contrôle 32,70

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	55,60
15359	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	63,35
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09095	premier jour	130,00
09096	chaque jour subséquent	75,00
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient		
09097	premier jour	110,00
09098	chaque jour subséquent	110,00

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

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

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

Transplantation

09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	169,40

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

FKP : Forfait prégreffe

15360	Forfait pour suivi de patient adulte atteint de fibrose kystique du pancréas devant être hospitalisé, accepté par le programme de greffe et en attente d'une transplantation pulmonaire, nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP plus de 8 heures par jour	147,75

NOTE : Ce forfait est payable une fois par patient, par jour et inclut les visites, la surveillance ainsi que les procédés diagnostiques et thérapeutiques.

NOTE : Ce forfait ne s'applique pas aux patients aux soins intensifs.

00024	Visite de départ	66,50

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

Externe

09162	Visite principale	59,65
----	Supplément de consultation	111,85
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	171,50
09078	Supplément de durée	16,95

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

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

09164	Visite de contrôle	41,40
09154	Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	94,55

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

Salle d'urgence

09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	181,55
15695	supplément pédiatrique (18 ans ou moins)	94,55
15361	si patient en insuffisance respiratoire aiguë nécessitant une ventilation non invasive par BIPAP, incluant la surveillance, supplément	21,10

NOTE : Le code 15361 ne peut être facturé avec les codes 00927 ou 41029, à la même séance.

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

09147	Visite principale	22,60
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	22,60
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	99,45
09148	Visite de contrôle	11,80

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	59,65
----	Supplément de consultation 111,85	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	171,50
09088	Supplément de durée	16,95

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

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

09202	Visite de contrôle	41,40

09155 Supplément pédiatrique (18 ans ou moins)

94,55

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

ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE

RÈGLE 1.

THÉRAPIE PSYCHIATRIQUE

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.

ENTREVUE AVEC UN TIERS

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.

INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT ET EN CABINET

3.1 Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour les échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement ou avec les membres de l'équipe multidisciplinaire d'un cabinet, au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux et psycho-sociaux.

3.2 On distingue deux types d'intervention de suivi :

Courte intervention

La courte intervention de suivi ne requiert aucune durée minimale. Elle est payable une fois par patient, par médecin, par jour.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 4.

VISITES ET THÉRAPIES

4.1 Une visite ne peut être suivie d'une thérapie, le même jour, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

RÈGLE 5.

UNITÉS DE TEMPS

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

RÈGLE 6.

VISITE DE RÉÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

6.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclaté le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

De plus, le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite lorsque les codes 15587, 15574 et 15687 ont été réclatés le même jour, pour le même patient.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

AVIS : ~~À compter du 1^{er} mai 2021, à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), un médecin psychiatre ne peut demander le paiement de cette visite pour un patient ayant subi une stimulation magnétique transcrânienne (codes de facturation 15574, 15587 ou 15687) le même jour. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

RÈGLE 7.

ADMINISTRATION ET INTERPRÉTATION D'OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE

7.1 En psychiatrie, la liste des outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie donnant droit à la facturation des actes 15564, 15571, 15584 et 15595, 15689, 15691, 15692 et 15693 apparaissant à la section **B – VISITES** est la suivante en annexe ci-après.

7.2 Les services médicaux visés à l'article 7.1 sont sujets à un plafonnement global d'activités de 125, pour l'ensemble, par médecin, par semestre.

Annexe / Règle 7

LISTES DES OUTILS D'ÉVALUATION STANDARDISÉS DE LA SYMPTOMATOLOGIE

ÉCHELLES CLINIQUES UTILISÉES EN PSYCHIATRIE

LISTE A. Échelles cliniques courtes ou auto-administrées

Dépression

BDI-II (Beck Depression Inventory, Second edition)
Zung SDS (Zung Self Rating Depression Scale)
ASEX (Arizona Sexual Experiences Scale)
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Maladie bipolaire

MDQ (Mood Disorders Questionnaire)

Troubles Alimentaires

Eating Attitudes Test (EAT-26; Garner, 1982)
Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire

Toxicomanie/alcoolisme

Clinical Alcohol Use Scale (AUS)
Clinical Drug Use Scale (DUS)
CIWA-A: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised
CAGE
DAST (Drug Abuse Screening Test)
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Troubles Anxieux

BAI (Beck Anxiety inventory)
Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)

Qualité de vie / capacité pour travail

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)
Échelle LEAPS (Lam Employment Absence and Productivity Scale-répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)
Sheehan Disability Scale (SDS) : Questionnaire de David Sheehan (répercussion fonctionnelle de la DM en lien avec l'employabilité)
Q-LES-Q (Quality of Life Employment and Satisfaction Questionnaire)

Pédopsychiatrie

Symptômes anxieux

Spence children's anxiety scale (SCAS)
Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS-2)
Beck Anxiety Inventory for Youth (BYI)
Self-Report for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

Dépression

Weinberg Depression Scale for children and adolescents (WDSCA)
Child Depression Inventory (CDI)
Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y)

Maladie bipolaire

General Behavior Inventory (GBI)

Autisme

Checklist for autism in Toddlers (CHAT)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Trouble oppositionnel

Conduct Disorder Scale (CDS)

LISTE B. Échelles cliniques longues

Schizophrénie

PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)

BPRS (Brief Psychiatric Ratings Scale)

CDS (Calgary Depression Scale)

ESRS (Extrapyramidal Symptoms Rating Scale)

AIMS (Abnormal Involuntary Movements Scale)

Barnes akathisia scale

Dépression

HAM-D-17 ou plus (Hamilton Depression Scale)

MADRS (Montgomery-Asberg Depression Ratings Scale)

C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale)

Maladie bipolaire

YMRS (Young Mania Ratings Scale)

Neuropsychiatrie

GDS (Geriatric Depression Scale)

NPI (Neuropsychiatric Inventory)

CMAI (Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield)

CSDD (Échelle de dépression de Cornell pour la démence)

Échelle d'apathie de Marin

Troubles alimentaires

Eating Disorders Examination (EDE; Fairburn & Cooper, 1966)

Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3; Garner, 2004)

Troubles Anxieux

ESPT (PTSD): TOP 8 (Treatment Outcome PTSD) de Davidson

TAG (GAD): Penn State Worry Questionnaire, HAM-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety)

TOC (OCD): YBOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale)

Trouble de Panique: (1) PDSS (Panic Disorder Severity Scale) / (2) PAS (Panic and Agoraphobia Scale)

Agoraphobie: (1) Mobility Inventory and Fear Questionnaire / (2) The Agoraphobia Scale

Trouble d'anxiété sociale: LSAS (Liebowitch Social Anxiety Scale)

TDAH

ASRS

Conners

Grille de vérification rapide du TDAH chez adulte de Barklay (mise en perspective des symptômes actuels, leurs répercussions fonctionnelles et de leur assise en enfance pour le TDAH chez l'adulte)

WURS (à faire à l'évaluation seulement)

Pédopsychiatrie

Symptômes anxieux

Depression and Anxiety in Youth Scale (DAY5)

Multidimensionnal Anxiety Scale for children (MASC)

Phobie sociale

Liebowitz Social Anxiety Scale Child Adolescent version (LSAS-CA)

Social phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC-C)

Trouble obs-compulsif

Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Dépression

Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS)

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS)

Children's Depression Scale (CDS)

RÈGLE 87.

COMPLEXITÉ CLINIQUE

87.1 Un supplément est accordé pour prendre en compte la complexité de certaines situations cliniques, soit :

- Patient sous contraintes légales (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement ou Tribunal administratif du Québec ou ordonnance du Tribunal de la jeunesse, Loi de la protection de la jeunesse, Loi du système pénal de justice pour adolescents), à l'exception de la garde en établissement, de la garde préventive et de la garde provisoire;
- Régime de protection (tutelle, curatelle);
- Patient atteint de 3 diagnostics psychiatriques ou plus;
- Patient ayant une polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus); (patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus), excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre ;
- Patient présentant des difficultés langagières importantes ou une barrière linguistique (ne s'applique pas si absence de bilinguisme du psychiatre).

Ce supplément est payable avec la visite principale, la consultation ainsi que la visite de réévaluation psychiatrique, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

RÈGLE 98.

RAPPORT DÉTAILLÉ DE CONSULTATION

98.1 Le rapport détaillé de consultation comprend l'anamnèse, les antécédents, l'examen mental, un diagnostic détaillé ainsi qu'un plan de traitement actuel et futur biopsychosocial détaillé, permettant au médecin référant ou traitant ou à l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) de reprendre le suivi du patient.

AVIS : Voir le code de facturation **15553** sous l'onglet B.

PSYCHIATRIE

AVIS : Voir la Règle d'application no 26.

15553 Un supplément est payable, si rapport détaillé de consultation 126,65

NOTE : Le code 15553 est facturable avec les consultations, les consultations pédopsychiatriques ou les consultations gérontopsychiatriques, et ce, dans tous les lieux de dispensation.

AVIS : Voir la règle 98.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15554 Un supplément est payable, si complexité, dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières 52,80

NOTE : Le code 15554 est facturable avec les codes 00024, 08780, 08781, 08782, 08783, 08784, 08785, 08786, 08787, 08788, 08789, 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08799, 08817, 08818, 08832, 08920, 08921, 08932, 08935, 08936, 08937, 08940, 08947, 08970, 08971, 08980, ou 08981.

AVIS : Le code 15554 est aussi facturable avec les codes 08795, 08796, 08797, 08914, 08989 ou 08991.

AVIS : Voir la règle 87.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

Cabinet privé :

15555 Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants 38,00

NOTE : Le code 15555 est facturable avec les codes 08780, 08781, 08782, 08920, 08921, 08922, 08935 ou 16104.

15556	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	190,00
	NOTE : Le code 15556 peut être facturé dans les 20 jours ouvrables suivant une visite	
	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
08920	Visite principale	226,95
----	Supplément de consultation 158,30	
08921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	385,25
08780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	255,45
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 230,10	
08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédo-psychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	485,55
08781	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	237,50
----	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 174,15	
08782	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	411,65
15557	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	50,65
	NOTE : Le code 15557 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par année civile. Il peut être facturé dans les 10 jours ouvrables précédent ou suivant une visite.	
16104	Visite de réévaluation psychiatrique	150,95
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15558	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	42,20
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 87.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15559	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1re ligne	142,50

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15560 Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement 25,35

NOTE : Le code 15560 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi.

15561 Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur 1 139,95

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15562 Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur 949,95

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15563 Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination) 76,00

Échelles cliniques courtes ou auto-administrées
(Voir liste A)

15564 Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 – Addendum 3) 15,85

NOTE : Le code 15564 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.

AVIS : Le code de facturation 15564 est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.

15689 Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 – Addendum 3) 42,20

NOTE : Le code 15689 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.

AVIS : ~~Le code de facturation 15689 est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

08922	Visite de contrôle	85,50
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	58,05
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	58,05
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	54,90
08840	patients de 65 ans et plus	54,90
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	102,40
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	71,75

AVIS : Pour les codes de facturation **08837, 08838, 08839, 08840, 08908** et **08915**, inscrire la durée de la thérapie.

Pour le code de facturation **08908**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	58,05

AVIS : Inscrire la durée de la thérapie.

08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	46,45

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
08798	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	46,45

AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.

Voir les règles 3.1 et 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

15565	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	31,65
	NOTE : Le code 15565 est facturable avec les codes 00024, 08783, 08784, 08785, 08786, 08832, 08936, 08961, 08970, 08971, 08972 ou 16105.	
15690	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	158,35
	NOTE : Le code 15690 peut être facturé dans les 20 jours ouvrables suivant une visite	
08970	Visite principale	193,15
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	193,15
----	Supplément de consultation 112,95	
08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	306,10
08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	232,20
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 168,90	
08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	401,10
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	203,70
08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	203,70
----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 123,50	
08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation géronto- psychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	327,20

15566	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	42,20
	NOTE : Le code 15566 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par année civile Il peut être facturé dans les 10 jours ouvrables précédent ou suivant une visite	
16105	Visite de réévaluation psychiatrique	83,40
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie .	
15567	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément	21,10
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 87.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.	
15568	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	949,95
	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15569	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	791,65
	<u>AVIS</u> : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15570	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	63,35
	Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A)	
15571	Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir Règle 7 - Addendum 3)	10,55
	NOTE : Le code 15571 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	

AVIS : ~~Le code de facturation **15571** est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

15691	Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 – Addendum 3)	36,95

NOTE : Le code **15691** est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.

AVIS : ~~Le code de facturation **15691** est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

08972	Visite de contrôle	43,30
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	50,65
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans	50,65
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans	48,55
08844	patients de 65 ans et plus	48,55
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	93,95
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	62,25

AVIS : Pour les codes de facturation **08841**, **08842**, **08843**, **08844**, **08974** et **08975**, inscrire la durée de la thérapie.

Pour les codes de facturation **08974** et **08975**, inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	50,65

AVIS : Inscrire la durée de la thérapie.

08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	39,60

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08822	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade	
	courte intervention	27,45
	maximum de 50 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi, pour l'ensemble des codes 08822, 08824, 08826 et 08963	
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	39,60

AVIS : Pour le code de facturation **08823**, inscrire la durée de l'intervention.

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

	Électroconvulsivothérapie (ECT)	
15572	premier traitement	263,90
08977	traitement subséquent	142,50
	Stimulation magnétique transcrânienne	
15573	première séance	369,45
15574	séance subséquente (voir règle 6.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	~~184,70~~ 142,50

~~AVIS~~ : ~~Le tarif de la séance subséquente (code de facturation 15574) est diminué à 142,50 \$ à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

08961	Tournée des malades le week-end	65,45
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
08918	premier jour	324,70
08919	chaque jour subséquent	118,05

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	premier jour	110,00

09098	chaque jour subséquent	110,00

AVIS : Pour le code de facturation **08918** ou **09097**, inscrire l'heure d'entrée du patient à l'unité de soins intensifs comme heure de début du service.

Pour l'un des forfaits de prise en charge (code de facturation **08918**, **08919**, **09097** ou **09098**), inscrire s'il y a lieu, l'heure de sortie du patient de l'unité des soins intensifs comme heure de fin du service.

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

00024	Visite de départ	193,15

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

Externe

15575	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants.	31,65

NOTE : Le code 15575 est facturable avec les codes 08787, 08788, 08789, 08937, 08980, 08981, 08982 ou 16106.

15576	Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire	158,35

NOTE : Le code 15576 peut être facturé dans les 20 jours ouvrables suivant une visite.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

08980	Visite principale	193,15

----	Supplément de consultation 144,60	

08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	337,75

08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	232,20

----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 190,00	

08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	422,20

08788	Visite principale gériatopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	203,70
----	Supplément de consultation gériatopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 155,15	
08789	Consultation gériatopsychiatrique (incluant la visite principale gériatopsychiatrique et le supplément de consultation gériatopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	358,85
15577	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	42,20
	NOTE : Le code 15577 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par année civile Il peut être facturé dans les 10 jours ouvrables précédent ou suivant une visite.	
16106	Visite de réévaluation psychiatrique	140,40

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15578	si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément.	42,20

AVIS : Voir la règle 87.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15579	Rédaction d'un rapport synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1re ligne	131,95

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15580	Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	21,10
	NOTE : Le code 15580 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi.	

15581	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le(s) parent(s) ou le tuteur	949,95

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15582	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur	791,65

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15583	Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination)	63,35

~~Échelles cliniques courtes ou auto-administrées
(Voir liste A)~~

15584	~~Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 – Addendum 3)~~	~~10,55~~

~~NOTE : Le code 15584 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.~~

~~**AVIS** : Le code de facturation 15584 est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

15692	~~Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 – Addendum 3)~~	~~36,95~~

~~NOTE : Le code 15692 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.~~

~~**AVIS** : Le code de facturation 15692 est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

08982	Visite de contrôle	76,00

Thérapie psychiatrique, par unité de temps

08845	patients de moins de 12 ans	50,65

08846	patients de 12 ans à moins de 18 ans	50,65

08847	patients de 18 ans à moins de 65 ans	48,55

08849	patients de 65 ans et plus	48,55

08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	93,95

08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	62,25

AVIS : Pour les codes de facturation **08984** et **08985**, inscrire :

- la durée de la thérapie;

- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	50,65

AVIS : Inscrire la durée de la thérapie.

08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	39,60

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;

- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08824	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes, pour le soin d'un même malade courte intervention	27,45

maximum de 50 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi, pour l'ensemble des codes 08822, 08824, 08826 et 08963

08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	39,60

AVIS : Pour le code de facturation **08825**, inscrire la durée de l'intervention.

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Électroconvulsivothérapie (ECT)		
15585	premier traitement	263,90

08987	traitement subséquent	142,50

Stimulation magnétique transcrânienne

15586	première séance	369,45

15587	séance subséquente (voir règle 6.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	184,70 142,50

~~AVIS :~~ ~~Le tarif de la séance subséquente (code de facturation 15587) est diminué à 142,50 \$ à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

Salle d'urgence

15759 Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants 31,65

NOTE : L'acte codé 15759 est facturable avec les actes codés 08799, 08817 et 08818

08799 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 281,80

08817 Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans) 369,45

08818 Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus) 302,95

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

15588 Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants 31,65

NOTE : Le code 15588 est facturable avec les codes 08790, 08791, 08792, 08793, 08794, 08932, 08940, 08941, 08947 ou 16107.

08940 Visite principale 193,15

08947 Visite principale subséquente, par trimestre 193,15

08932 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 306,10

08790 Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 232,20

08791 Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédo-psychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans) 401,10

08792 Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 203,70

08793 Visite principale gériopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus) 203,70

08794 Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation) 327,20

(patient de 65 ans et plus)

15589 Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier 42,20

NOTE : Le code 15589 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par année civile Il peut être facturé dans les 10 jours ouvrables précédent ou suivant une visite.

16107 Visite de réévaluation psychiatrique 83,40

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15590 si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte : 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans : 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre) ou présentant des difficultés langagières, supplément 21,10

AVIS : Voir la règle 87.1 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15591 Révision, au vu du dossier, de résultat(s) d'analyse(s) ou d'examen(s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement 21,10

NOTE : Le code 15591 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine, du dimanche au samedi.

15592 Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur 949,95

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15593 Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le(s) parent(s) ou le tuteur 791,65

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

15594 Administration et interprétation de l'échelle MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE : Mini-Mental State Examination) 63,35

Échelles cliniques courtes ou auto-administrées
(Voir liste A)

15595 Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (Voir Règle 7 - Addendum 3) 10,55

NOTE : Le code **15595** est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.

AVIS : ~~Le code de facturation **15595** est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

15693 Échelles cliniques longues (Voir liste B) Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir Règle 7 - Addendum 3) 36,95

NOTE : Le code **15693** est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.

AVIS : ~~Le code de facturation **15693** est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

08941 Visite de contrôle 43,30

Thérapie psychiatrique, par unité de temps

08850 patients de moins de 12 ans 50,65

08851 patients de 12 ans à moins de 18 ans 50,65

08852 patients de 18 ans à moins de 65 ans 48,55

08853 patients de 65 ans et plus 48,55

08820 Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps 93,95

08821 Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps 62,25

AVIS : Pour les codes de facturation **08820** et **08821**, inscrire :
- la durée de la thérapie;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08836 Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps 50,65

AVIS : *Inscrire la durée de la thérapie.*

08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	39,60

AVIS : *Inscrire :*

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade

08826	courte intervention, maximum de 50 par médecin, par semaine, du dimanche au samedi, pour l'ensemble des codes 08822, 08824, 08826 et 08963	27,45
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	39,60

AVIS : *Pour le code de facturation **08827**, inscrire la durée de l'intervention.*

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Domicile :

08945	Visite principale	48,55
08946	Visite de contrôle	17,95

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

15675	Un supplément est payable dans le cas de l'évaluation physique du syndrome métabolique ou du syndrome extrapyramidal, chez les patients présentant des troubles alimentaires ou sous thérapie par psychostimulants	31,65

NOTE : L'acte codé **15675** est facturable avec les actes codés **08795, 08796, 08797, 08914, 08989, 08990, 08991** ou **16108**.

15676 Un supplément est payable si rédaction d'un rapport requis aux fins d'accès à des services de stimulation, de réadaptation, d'hébergement ou d'adaptation scolaire. 158,35

NOTE : L'acte codé **15676** peut être facturé dans les 20 jours ouvrables suivant une visite.

AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.

08989	Visite principale	193,15
----	Supplément de consultation	144,60
08991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	337,75
08795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	232,20
----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	190,00
08914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	422,20
08796	Visite principale gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	203,70
----	Supplément de consultation gériopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	155,15
08797	Consultation gériopsychiatrique (incluant la visite principale gériopsychiatrique et le supplément de consultation gériopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	358,85
15677	Révision du dossier d'un patient dans le cas de lourds antécédents psychiatriques ou de nombreuses évaluations multidisciplinaires, comporte une note résumée au dossier	42,20
	NOTE : L'acte codé 15677 est facturable une fois par patient, par médecin, par année civile et doit être facturé en lien à une visite effectuée dans les 10 jours ouvrables.	
16108	Visite de réévaluation psychiatrique	140,40

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie.

15678 si complexité dans le cas d'un patient sous contraintes légales ou avec polypathologie ou polymédication (patient adulte: 4 psychotropes ou plus ou 8 médicaments ou plus, patient de moins de 18 ans: 3 psychotropes ou plus ou 6 médicaments ou plus, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique, la médication au besoin (PRN), la médication homéopathique et la médication en vente libre ou présentant des difficultés langagières, supplément. 42,20

AVIS : Voir la règle 87.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

15679	Rédaction d'un rapport de synthèse à la fin d'un épisode de soins d'une durée minimale de six (6) mois ou d'un (1) mois en hôpital de jour, incluant les recommandations de traitement à l'intention du médecin de 1 ^{re} ligne.	131,95
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15680	Révision, au vu du dossier, de résultat (s) d'analyse (s) ou d'examen (s) afin d'initier, maintenir ou modifier le traitement	
	NOTE : L'acte codé 15680 est facturable une fois par patient, par médecin, par semaine.	21,10
15681	Administration et interprétation du protocole ADOS (Autism, Diagnosis, Observation, Schedule) incluant la cotation interjuge, la rédaction d'un rapport et la discussion avec le (s) parent (s) ou le tuteur	949,95
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15682	Administration et interprétation du protocole ADI-R (Autism, Diagnostic, Interview - Revised) incluant la rédaction d'un rapport et la discussion des résultats avec le (s) parent (s) ou le tuteur	791,65
	AVIS : Conserver pour une période de 60 mois une copie du rapport aux fins de références ultérieures.	
15683	Administration et interprétation de l'échelle de MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou Folstein (MMSE: Mini-Mental State Examination)	63,35
15684	~~Échelles cliniques courtes ou auto-administrées (Voir liste A)~~	
	~~Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3)~~	
	NOTE : L'acte codé 15684 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.	10,55
	~~AVIS : Le code de facturation 15684 est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~	
15764	~~Échelles cliniques longues (Voir liste B)~~	
	~~Administration et interprétation d'outils d'évaluation standardisés de la symptomatologie (voir règle 7 - addendum 3).~~	
-	~~NOTE : L'acte codé 15764 est facturable une fois par patient, par médecin, par mois.~~	36,95
	~~AVIS : Le code de facturation 15764 est aboli à compter du 1^{er} mars 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~	
08990	Visite de contrôle	76,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08954	patients de moins de 12 ans	50,65

08955	<i>patients de 12 ans à moins de 18 ans</i>	50,65
08956	<i>patients de 18 ans à moins de 65 ans</i>	48,55
08957	<i>patients de 65 ans et plus</i>	48,55
08958	<i>Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps</i>	93,95
08959	<i>Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps</i>	62,25

AVIS : Pour les codes de facturation **08958** et **08959**, inscrire :

- la durée de la thérapie;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

Pour la facturation des thérapies psychiatriques, voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

08960	<i>Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps</i>	50,65

AVIS : Inscrire la durée de la thérapie.

08962	<i>Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps</i>	39,60

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade.

08963	<i>courte intervention</i>	27,45
08964	<i>longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)</i>	39,60

AVIS : Pour les codes de facturation **08963** et **08964**, inscrire la durée de l'intervention.

Voir la règle 3.2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.

Électroconvulsivothérapie (ECT)

15685 premier traitement	263,90
15688 traitement subséquent	142,50
<i>Stimulation magnétique transcrânienne</i>	
15686 première séance	369,45
15687 séance subséquente (voir règle 6.1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie)	184,70
	142,50

~~**AVIS :** Le tarif de la séance subséquente (code de facturation **15687**) est diminué à 142,50 \$ à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

R = 1
RADIO-ONCOLOGIE**Cabinet privé :**

09127 Visite principale	46,00
09131 Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	46,00
---- Supplément de consultation 42,55	
09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	88,55
09129 Visite de contrôle	26,90
09133 Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	26,90

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

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

09150 Visite principale	53,85
09134 Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	53,85

09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	53,85
----	Supplément de consultation 128,95	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	182,80
09094	Visite de transfert	38,10
09136	Visite de transfert d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	38,10

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

09152	Visite de contrôle	20,35
09141	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	20,35
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	27,15
09143	Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	27,15

Externe

09162	Visite principale	34,20
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	34,20
----	Supplément de consultation 112,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	146,50
09164	Visite de contrôle	20,15
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	20,15

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

~~09147~~	~~Visite principale~~	~~22,40~~
~~09296~~	~~Visite principale subséquente, par trimestre~~	~~22,40~~
~~09176~~	~~Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)~~	~~88,55~~
~~09148~~	~~Visite de contrôle~~	~~11,80~~

~~AVIS :~~ ~~Les visites **09147**, **09148**, **09176**, et **09296** sont abolies à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

Domicile :

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

~~AVIS :~~ ~~Les visites **09171** et **09172** sont abolies à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

~~09168~~	~~Évaluation par un radio-oncologue, au vu du dossier, d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant rapport au dossier hospitalier.~~	~~51,75~~

Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes

NOTE : Lorsque, dans le cadre d'une clinique des tumeurs, une consultation est faite auprès d'un patient, celle-ci est payable une fois par patient pour l'ensemble des radio-oncologues.

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

~~15465~~	~~Présentation à un ou plusieurs radio-oncologues du dossier d'un patient avec évaluation formelle du plan de traitement élaboré, avec note au dossier~~	~~52,80~~

NOTE : Le code 15465 n'est facturable que par le radio-oncologue présentateur, et ce, par site anatomique.

NOTE : Maximum 2 sites anatomiques par patient, par jour, pour l'ensemble des médecins.

AVIS : *LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT*

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	34,20
09214	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	34,20
----	Supplément de consultation 112,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	146,50
09202	Visite de contrôle	20,15
09215	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	20,15

R = 1

RHUMATOLOGIE

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

Cabinet privé

00030	Visite principale	114,50
15285	patient de moins de 18 ans, supplément	29,15
15466	patient de 75 ans et plus, supplément	29,15
----	Supplément de consultation 116,65	
00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	231,15

15286	patient de moins de 18 ans, supplément	57,85
15467	patient de 75 ans et plus, supplément	29,15
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 116,65	
15468	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	231,15
NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.		

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

15469	patient de moins de 18 ans, supplément	57,85
15470	patient de 75 ans et plus, supplément	29,15
00032	Supplément de durée	101,90

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

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

00033	Visite de contrôle	65,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscire la date d'entrée en établissement.

00034	Visite principale	112,30
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	112,30
15287	Patient de moins de 18 ans, supplément	28,10
15471	Patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
----	Supplément de consultation 63,95	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,25
15288	patient de moins de 18 ans, supplément	44,10
15472	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10

00037 Supplément de durée 65,00

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

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

00038 Visite de transfert 112,30

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

00039 Visite de contrôle 60,15

00041 Tournée des malades le week-end
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général). 100,80

Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs

00053 premier jour 103,45

00054 chaque jour subséquent 60,15

***AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient***

09097 ***premier jour*** **110,00**

09098 ***chaque jour subséquent*** **110,00**

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

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

00024 Visite de départ 148,25

15289 patient de moins de 18 ans, supplément 37,05

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

Externe

00042	Visite principale	84,45
15290	patient de moins de 18 ans, supplément	21,10
15473	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
----	Supplément de consultation 84,45	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	168,90
15291	patient de moins de 18 ans, supplément	42,20
15474	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10
----	Supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière 84,45	
15475	Consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire demandée pour un cas complexe ou nécessitant une expertise particulière)	168,90

NOTE : Maximum 1 fois par patient, par médecin, par année civile.

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

15476	patient de moins de 18 ans, supplément	42,20
15477	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10

00044	Supplément de durée	73,90

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

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

00045	Visite de contrôle	47,50

Salle d'urgence

15478	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	176,25
15479	patient de moins de 18 ans, supplément	44,10
15480	patient de 75 ans et plus, supplément	21,10

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

00046	Visite principale	21,10
00047	Visite principale subséquente, par trimestre	21,10
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,40
00049	Visite de contrôle	11,10

Domicile :

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

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

00063	Visite principale	84,45
15292	patient de moins de 18 ans, supplément	21,10
----	Supplément de consultation 84,45	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation	168,90
15293	patient de moins de 18 ans, supplément	42,20
00065	Supplément de durée	73,90

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

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

00066 Visite de contrôle

47,50

ADDENDUM 12 – SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DE TRAVAIL

Pour le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, les honoraires sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum.

RÈGLE 1.

ENTREVUE AVEC UN TIERS

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 2.

INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT

Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 3

VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE

La visite de suivi oncologique en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est la visite que le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail effectue auprès d'un patient hospitalisé, en externe ou en CHSLD avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

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

Elle remplace la visite de contrôle et peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

RÈGLE 4.

UNITÉS DE TEMPS

Au titre de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi en établissement :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

RÈGLE 5.**INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS D'UN PATIENT**

L'intervention clinique auprès d'un patient est la visite, effectuée par le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail, qui comprend, selon le cas, des fonctions d'investigation, de diagnostic, de traitement, de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des problèmes de santé physique et psychosociaux. Selon le cas, le médecin s'implique durant la phase aiguë, chronique, de réadaptation ou de réduction des méfaits des problèmes de santé. De plus, cet acte peut inclure une activité auprès des proches, de la famille et des autres intervenants, ainsi que des visites en milieu du travail.

On paie l'intervention clinique auprès d'un patient par période d'activités de 15 minutes complétée.

R = 1
SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE OU MÉDECINE DU TRAVAIL**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	168,50
----	Supplément de consultation 84,30	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	252,80
09137	Supplément de durée	91,30

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

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

09129	Visite de contrôle	84,30
15613	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	54,90

AVIS : *Inscrire* :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

Centre hospitalier de soins de courte durée :**Hospitalisation**

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09150	Visite principale	189,05
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	189,05
16112	patient de 85 ans ou plus, supplément	108,05
----	Supplément de consultation 108,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	297,05
16113	patient de 85 ans ou plus, supplément	108,05
09080	Supplément de durée	70,25

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

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

09094	Visite de transfert	140,45

AVIS : Voir la règle 5.6 du préambule général.

16114	Visite de suivi oncologique	86,45

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09152	Visite de contrôle	64,80

16115	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	43,20

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16116	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	43,20

AVIS : *Inscrire la durée de l'intervention.*

Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	86,45
16117	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	108,05

00024	Visite de départ	151,25

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

Externe

09162	Visite principale	129,60
16118	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	86,45
16119	patient de 85 ans ou plus, supplément	86,45
----	Supplément de consultation 64,90	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	194,50
16120	patient de 18 ans ou moins en réadaptation lourde, supplément	86,45
16121	patient de 85 ans ou plus, supplément	86,45
09078	Supplément de durée	70,25
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

16122	Visite de suivi oncologique	75,65

AVIS : *Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.*

09164	Visite de contrôle	64,80
16123	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	43,20

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16124	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	43,20

AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.

Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16125	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	86,45

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

09147	Visite principale	108,05

09296	Visite principale subséquente, par trimestre	108,05

16126	Patient de 85 ans ou plus, supplément	108,05

AVIS : Voir la règle 5.5 du préambule général.

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	216,05

16127	patient de 85 ans ou plus, supplément	108,05

16128	Visite de suivi oncologique	86,45

AVIS : Voir la règle 3 de l'Addendum 12 - Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

09148	Visite de contrôle	64,80

16129	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	43,20

AVIS : Inscrire :

- le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers;
- la durée de l'entrevue.

Voir les règles 1 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16130	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade - longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	43,20

AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.

Voir les règles 2 et 4 de l'Addendum 12 – Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail.

16131	Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par une perte de mobilité	108,05

Domicile :

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

Établissement :

15614	Intervention clinique auprès d'un patient, par quart d'heure complété	51,95

NOTE : Le code 15614 inclut les visites effectuées le même jour chez le même patient.

AVIS : Inscrire la durée de l'intervention.

00085	Évaluation en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive, par quart d'heure complété	51,95

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

Cet acte comprend l'ensemble des démarches requises, ainsi que le temps de rédaction de l'opinion écrite.

Cet acte peut être effectué en établissement ou au site d'une mission. Le site d'une mission désigne l'endroit où le médecin se rend pour exécuter ses activités, l'endroit à partir duquel il les exécute à distance ou tout autre endroit désigné par les parties négociantes. Lorsqu'il les exécute à distance, la rémunération à laquelle il a droit est toutefois applicable à l'endroit où le médecin est situé.

AVIS : *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis;
Inscrire la durée de l'évaluation et l'heure de début du service.*

AVIS : *Pour les services effectués à distance ou au site d'une mission, utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.*

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation du directeur régional de santé publique;
- la précision du lieu **Santé publique et médecine préventive ou médecine du travail**.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel**;
- le lieu où le service est rendu (le code de localité, le code postal ou le numéro d'établissement).

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que la Régie a reçu l'autorisation donnée par le directeur régional de la santé publique à la suite de la demande de l'établissement ou de l'organisme pour le compte duquel l'évaluation en santé publique et médecine préventive ou médecine du travail est réalisée.*

.

AVIS : **LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT**

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement**.

09201 Visite principale

129,60

---- **Supplément de consultation 64,90**

09212 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) **194,50**

09088 Supplément de durée **70,25**

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

AVIS : Voir les articles 1 et 2 de l'Addendum 1 - Médecine.

09202 Visite de contrôle **64,80**

R = 1

UROLOGIE

AVIS : Pour les codes de facturation **09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, 15596, 15597** et **16110**, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127 Visite principale 62,60

15596 Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins 62,60

---- **Supplément de consultation 27,05**

09165 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 89,65

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09129 Visite de contrôle 23,20

15758 Si patient de moins de 14 ans, supplément 10,55

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscire la date d'entrée en établissement.

09150 Visite principale 50,35

09060 Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre 50,35

---- Supplément de consultation 36,45

09160 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 86,80

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

 Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 78,10

16109 Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) 128,45

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.

09152 Visite de contrôle 20,15

09161 Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la règle 15 du préambule général) 36,15

Externe

09162 Visite principale 48,15

15597 Visite principale chez un patient de 12 mois ou moins 48,15

 Supplément de consultation 20,85

09170 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 69,00

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

 Supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique 67,20

16110 Consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire dans les cas de pathologie complexe excluant les cas référés pour lithotripsie, pour échographie transrectale ou pour bilan urodynamique) 115,35

AVIS : Voir la règle 2.5 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

NOTE : Cet honoraire est payé à l'urologue dans un établissement désigné pour une consultation qui provient d'un milieu différent de celui où l'urologue a sa pratique principale.

09164 Visite de contrôle 17,85

15760 Si patient de moins de 14 ans, supplément 10,55

Salle d'urgence

15598 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 81,25

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09147 Visite principale 27,25

09296 Visite principale subséquente, par trimestre 27,25

AVIS : Voir la règle 5.5 du préambule général.

09176 Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) 53,30

AVIS : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

09148 Visite de contrôle 14,25

Domicile :

09171 Visite principale 48,55

09172 Visite de contrôle 17,95

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques des tumeurs :

09168 Évaluation et rédaction d'un rapport au dossier hospitalier par un médecin urologue au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs où participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, par rapport 47,50

AVIS : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09201	Visite principale	48,15
----	Supplément de consultation 20,85	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	69,00
<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
09202	Visite de contrôle	17,85

R = 1

HORS DISCIPLINE

AVIS : Voir la règle 22 du préambule général.

Les services rendus par un médecin pour un problème de daltonisme (étude de la vision des couleurs, technique simple ou extensive) ou de réfraction dans le but de délivrer ou de renouveler l'ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes sont assurés uniquement pour les personnes assurées âgées de moins de 18 ans, de 65 ans ou plus et pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours (voir l'article 22. u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).

Cabinet privé :

09128	Visite principale	48,55
09139	Visite de contrôle	24,30

Centre hospitalier de soins de courte durée :

Hospitalisation

AVIS : Inscrire la date d'entrée en établissement.

09158	Visite principale	41,15
09062	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (PG-5.5)	41,15
09159	Visite de contrôle	17,95

Externe

09177	Visite principale	41,15
09178	Visite de contrôle	17,95

**Centre hospitalier de soins de longue durée
(et centre d'accueil) :**

09197	Visite principale	41,15
09298	Visite principale subséquente, par trimestre	41,15
09198	Visite de contrôle	17,95

Domicile :

09179	Visite principale	48,55
09199	Visite de contrôle	17,95

AVIS : LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT

Voir la règle 17 du préambule général.

Pour les visites, utiliser :

- l'un des codes de facturation suivants;
- le code postal ou le code de localité comme lieu de dispensation.

Pour les procédés diagnostiques et thérapeutiques, utiliser :

- le code de facturation approprié de l'onglet C;
- la précision du lieu de dispensation **Local sous gestion du gouvernement.**

09210	Visite principale	41,15
09211	Visite de contrôle	17,95

R = 1

DIVERS

- 15761** Un supplément est prévu lorsque la communication avec le patient ou le parent d'un enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément est facturable en cabinet et en établissement lors d'une visite 26,40

AVIS : Voir la règle 35 du préambule général.

Constat de décès :

- 15264** constat de décès à distance 26,40

NOTE : Le code 15264 n'est facturable que dans les établissements désignés par les parties négociantes.

- 09200** rédaction de la déclaration de décès 32,70
(formulaire SP3)

AVIS : Voir la règle 20 du préambule général.

Surveillance

- 00080** première demi-heure 41,15
par quart d'heure additionnel 41,15

AVIS : Inscrire la durée de la surveillance.

Voir la règle 9 du préambule général.

Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier

- 09246** première demi-heure 82,30
par quart d'heure additionnel 82,30

AVIS : Inscrire la durée de la surveillance.

Voir la règle 9.3 du préambule général.

- 08925** Thérapie de communication 48,55
(Voir Règle 7 du Préambule général)

AVIS : Voir la Règle d'application n° 2.

15405	Réunions cliniques multidisciplinaires	211,00
15406	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	52,75

(Voir Règle 34 du Préambule général de l'Annexe #4 ou Règle 9 du Préambule général de l'Annexe #5)

NOTE : La participation aux réunions visées doit être d'un minimum de 60 minutes continues, à défaut de quoi cette participation n'est pas rémunérée. Pour toute participation de plus d'une heure, le tarif horaire s'applique au prorata, par période complète de 15 minutes. Maximum de 40 heures par année civile, par médecin.

NOTE : Les actes codés 15405 et 15406 ne s'appliquent pas aux médecins classés en anatomopathologie ou en psychiatrie, à un médecin qui participe à une clinique des tumeurs et à un médecin qui participe à une réunion multidisciplinaire spécifique pour laquelle une tarification est prévue dans sa spécialité (voir règle 34.5 du préambule général).

AVIS : Utiliser le code de facturation **15405** ou **15406**.

*Pour le code de facturation **15406**, inscrire la durée additionnelle de la participation à une réunion clinique multidisciplinaire.*

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Conserver pour une période de 60 mois les documents concernant la discussion du cas clinique aux fins de références ultérieures.

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

Intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir (voir Règle 36 du Préambule général)

17000	par quart d'heure complété	50,00

AVIS : Inscrire:

- la durée de l'intervention;
- l'heure de début de l'intervention.

17001	temps de déplacement, par quart d'heure de déplacement complété	50,00
	Maximum 3 quarts d'heure	

AVIS : Pour un déplacement de 10 kilomètres et plus, inscrire:

- la durée du déplacement
- l'heure de début du déplacement

AVIS : En cas de dépassement du maximum de temps de déplacement, inscrire l'élément de contexte **Difficulté à recruter un médecin plus près du lieu de l'intervention dans le cadre de l'aide médicale à mourir.**

Dans le cas d'un déplacement de plus de 40 kilomètres, les frais de transport s'ajoutent et seront payés conformément à l'article 2.1 a) de l'Annexe 23.

17002	Démarches effectuées pour l'obtention et la gestion des médicaments (voir règle 37 du préambule général)	50,00
	Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir (voir règle 38 du préambule général)	
17003	partie 1 du formulaire seulement et sa transmission	150,00
17004	parties 1, 2 et 3 du formulaire et sa transmission	250,00
17005	Avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir (voir règle 39 du préambule général)	50,00
	<u>AVIS</u> : Inscrire le numéro du médecin accompagnateur ou son prénom, son nom et sa profession.	
17006	Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue (voir règle 40 du préambule général)	100,00

R = 1

EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL

(LETTRE D'ENTENTE # 5)

Au cabinet :

00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	455,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	195,00

Dans un établissement :

00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	374,00

00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	161,00
09069	pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans, sur présentation de notes explicatives, par demi-heure additionnelle, supplément	57,00

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de la séance.*

ÉVALUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE # 6)

Examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et rédaction du formulaire approprié.

Cet examen est constitué des éléments suivants :

1) Un questionnaire portant sur :

- a) les antécédents familiaux du patient;
- b) les antécédents personnels du patient;
- c) la problématique présentée par le patient;
- d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
- e) une revue de la médication et des habitudes de vie;
- f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :

- nez, gorge, oreilles
- yeux
- système digestif
- système cardiovasculaire
- système respiratoire
- système génito-urinaire
- système nerveux
- appareil locomoteur
- système endocrinien.

2) Un bilan sommaire des capacités fonctionnelles.

3) Une évaluation sommaire des sphères de la pensée, de l'affectivité, du comportement et des fonctions mentales supérieures.

4) Un examen clinique des régions suivantes :

- peau
- phanères
- ganglions
- tête
- cou
- thorax
- abdomen
- organes génitaux (sauf contre-indication)
- colonne et extrémités.

5) La consignation au dossier des données significatives que le médecin juge pertinentes.

6) Une recommandation au patient, aux proches ou à la personne responsable en ce qui concerne le bilan de l'évolution et le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.

7) La rédaction et son envoi à l'organisme concerné du formulaire contenant les recommandations du médecin portant notamment sur :

- le bilan médical et pronostic
- le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire
- les suggestions d'allocation de services.

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire	161,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	39,00

LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE # 64)

Évaluation d'un enfant et rapport

Au cabinet :

09070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	195,00

Dans un établissement :

09071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport	161,00

Supplément :

(cabinet ou établissement)

09073	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives)	57,00

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de l'évaluation.***Évaluation en vue de guider le tribunal sur une ordonnance**

15260	évaluation - suite à une ordonnance de la cour	587,00

Évaluation au vu du dossier de l'enfant

15261	évaluation - au vu du dossier	293,00

15262	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	185,00

AVIS : *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes**Inscrire la durée de la vacation;****Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.****Conserver pour une période de 60 mois l'ordonnance du tribunal aux fins de références ultérieures.***AVIS :** **Rémunération à l'acte***Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.***Rémunération mixte***Pour le lieu de dispensation, indiquer :*

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;
- la précision du lieu **Témoignage au tribunal.**

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel;**
- le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.

LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES**(LETTRE D'ENTENTE # 172)****AVIS :** *Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.****Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.***

98000	Évaluation – garde préventive	158,00
98001	Évaluation psychiatrique – garde provisoire	264,00
98002	Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde	264,00
98003	Évaluation – Ordonnance de traitement / d'hébergement	1 003,00
98004	Évaluation – Suivi d'ordonnance	185,00
98005	Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	317,00
98006	Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	1 056,00
98007	Évaluation psychiatrique – commission d'examen	633,00
98008	Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales	633,00
98009	Évaluation médicale – Mesure de protection	633,00
98010	Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	633,00
98011	Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	633,00
98012	Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure	185,00

AVIS : *Inscrire la durée de la vacation.*

AVIS : **Rémunération à l'acte**

Pour le lieu de dispensation, indiquer le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.

Rémunération mixte

Pour le lieu de dispensation, indiquer :

- le numéro de l'établissement où le médecin détient une autorisation en rémunération mixte;
- la précision du lieu **Témoignage au tribunal**.

Pour le lieu en référence, indiquer :

- le type de référence du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel;**
- le code de localité ou le code postal du lieu du tribunal.

98020	Signalement à la DPJ	422,00
98021	Signalement à la DPJ (en cabinet privé)	507,00
98022	Communication en vue d'une évaluation de dangerosité	158,00

AVIS : *Particularité pour les codes de facturation 98005, 98006, 98007 et 98012 :*

Lorsque le témoignage devant une cour ou un tribunal (98012) est en relation avec les codes de facturation 98005, 98006 et 98007:

Ces services sont assurés en vertu du programme concernant la rémunération des

médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance du tribunal. Ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois.

Si l'accusé ne détient pas de carte d'assurance maladie valide :

- Indiquer le type de situation à considérer **Personne faisant l'objet d'une ordonnance du tribunal pour l'évaluation de son état mental**;
- Inscrire son nom, son prénom, sa date de naissance, son sexe et son adresse (si connue).

Si l'accusé détient une carte d'assurance maladie valide:

- Inscrire son numéro d'assurance maladie.

AVIS : Conserver, pour une période de 60 mois, l'ordonnance du Tribunal administratif du Québec ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou la copie du subpoena assignant le médecin à comparaître aux fins de références ultérieures.

R = 1

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	26,40

2. Information médicale complémentaire verbale

Il s'agit d'une information additionnelle au contenu du « Rapport médical du médecin traitant » et de nature à préciser, le cas échéant, au vu du dossier, le diagnostic posé. Cette information médicale complémentaire peut être demandée par le médecin du Comité multidisciplinaire régional chargé de l'étude de l'admissibilité au programme « Soutien financier » ou par le médecin du « Comité de révision » désigné par le Ministre en vertu de l'article 77 de la loi.

Le médecin du ministère consigne l'information médicale reçue verbalement du médecin traitant sur un formulaire à cet effet, et lui en fait parvenir une copie.

09801	pour l'information fournie	26,40

SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC

09825	Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent	32,70
09826	Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent	32,70

SERVICES PROFESSIONNELS À LA DEMANDE DU CORONER

15310	Prélèvement du liquide oculaire et du liquide vésical chez un patient décédé, le cas échéant, toutes techniques	29,55
15311	Prélèvement de sang dans la veine cave chez un patient décédé, unique ou multiple, tout site de ponction	46,45
15312	Examen externe d'un cadavre	57,00

R = 1

ANNEXE 24

RÉMUNÉRATION DES SERVICES

MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI

SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI

SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES

VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

Avis : *Utiliser l'élément de contexte **Service non lié à la santé et à la sécurité du travail**, pour un autre acte inscrit sur la même facture n'ayant pas de lien avec la santé et la sécurité du travail.*

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	22,50

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment :

- 1^o la date de l'accident du travail;
- 2^o le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
- 3^o la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;
- 4^o 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^o 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	22,00

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'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	22,00

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^o** l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 2^o** l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
- 3^o** 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	26,00

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une 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	105,00

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport :

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- diagnostic et évolution;
- antécédents et pathologies au siège de la lésion;
- conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- examens subjectifs et objectifs;
- examens paracliniques réalisés et prévus;
- consultations réalisées et prévues;
- traitements en cours et prévus;
- possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- possibilité de limitations fonctionnelles;
- possibilité de retour au travail avant consolidation.

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

09907	pour l'information verbale fournie	135,00

B) Considération en raison de la complexité :

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914		30,00
09915		60,00
09916		90,00

7. OPINION DU MÉDECIN AVANT LA CONSOLIDATION DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE**A) Maintien du lien d'emploi**

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin	115,00

B) Approbation des mesures de réadaptation avant consolidation de la lésion

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission avec le médecin qui a charge, sous forme écrite ou téléphonique, expliquant la (ou les) mesure(s) de réadaptation proposée(s) pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle et requérant son opinion afin de déterminer si ces mesures s'inscrivent bien dans le plan de traitement du médecin pour son patient ou s'il existe des indications médicales dont il faut tenir compte.

09922	pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin	50,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

1° le diagnostic;

2^o la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5^o l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909	rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé	130,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

1^o le diagnostic;

2^o la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5^o l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09910	rédaction du rapport de consultation motivé et expédition au médecin qui a charge du travailleur	150,00

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Médecin qui a charge

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objet d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	425,00
09901	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	115,00
09984	supplément pour la psychiatrie	325,00

B) Médecin désigné

NOTE : Le médecin désigné par la Commission

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1^o évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie

09978	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	730,00
09902	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	115,00
NOTE : Le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale (article 13) peut réclamer ce supplément, à l'exception des neurochirurgiens du BEM lorsqu'il s'agit d'un cas de rachis.		
09985	supplément pour la psychiatrie	325,00
09923	évaluation au vu du dossier par un médecin psychiatre	625,00

NOTE : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article 18 **Étude de dossiers particuliers** (voir codes 09911, 09912 et 09913, article 18 B)), peuvent s'appliquer au service codé 09923.

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	890,00

09980	supplément en médecine interne, neurologie et neurochirurgie, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	115,00

09986	supplément pour la psychiatrie	325,00

09977	supplément lorsque le médecin rend son avis en cabinet privé	100,00

NOTE : Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

09947		95,00

09948		145,00

09949		170,00

D) Considération spéciale pour l'expertise d'une personne victime d'une lésion psychiatrique très complexe

Considération pouvant être accordée, dans certains dossiers, par le médecin de la Commission au médecin désigné qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe, ou par le Directeur médical du Bureau d'évaluation médicale au membre de ce Bureau qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe.

09950	supplément pour la psychiatrie	250,00

11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES

A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires

Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé ou dont l'état ne lui permet pas de se présenter au Comité et qui est d'accord à ce qu'une décision soit rendue sur dossier quant à sa réclamation, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur. Les membres du comité posent un diagnostic, déterminent si un travailleur est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un

contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant du comité des maladies professionnelles pulmonaires.

09934	production et transmission à la Commission du rapport, pour chaque médecin membre du comité	400,00
09933	production et transmission à la Commission d'un rapport complémentaire, pour chaque médecin membre du comité	130,00
09935	le médecin qui rédige une opinion commune reçoit des honoraires additionnels de	120,00

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la Commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'édicté par l'article de la loi traitant du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires.

Avis donné après examen du dossier, pour chaque médecin membre du comité :

09976	a) pour tout dossier revu	95,00
09979	b) pour tout nouveau dossier	180,00

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier

09903		65,00
09904		115,00
09905		175,00

12. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE

A) Nature du rapport

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

09921	étude du dossier, du matériel anatomo-pathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission	375,00

13. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

NOTE : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article **10 Rapport d'évaluation médicale** (voir codes 09947, 09948 et 09949, article 10 C)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour les services codés 09906, 09939, 09918, 09936 et 09937.

NOTE : Les considérations en raison de la complexité prévues à l'article **18 Étude de dossiers particuliers** (voir codes 09911, 09912 et 09913, article 18 B)), peuvent s'appliquer au médecin membre du Bureau d'évaluation médicale pour les services codés 09938 et 09917.

A) Avis écrit

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

1^o le diagnostic;

2^o la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;

4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;

5^o 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	400,00
09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	625,00
09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	730,00
09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	1 055,00
09977	supplément lorsque le médecin rend son avis en cabinet privé	100,00

NOTE : Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin et les frais de transcription payés par le médecin.

AVIS : *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les locaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM).*

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

- 1^o le diagnostic;
- 2^o la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5^o 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	585,00
09906	le médecin psychiatre qui participe à la préparation de l'avis commun	1 055,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	75,00

14. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale, du Comité des maladies pulmonaires, du Comité spécial des présidents ou une évaluation médicale visée à l'article 10 n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, parce qu'il ne consent pas à se faire évaluer ou parce que son état ne permet pas au médecin de procéder à cette évaluation, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur, dont le rendez-vous est fixé plus de dix jours après la date du rendez-vous initial.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Le travailleur ne s'est pas présenté au rendez-vous, il n'a pas consenti à se faire évaluer ou son état ne permettait pas de procéder à l'évaluation.**

15. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit en cabinet privé les tests audiologiques nécessaires à l'évaluation de la condition de son patient, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests. Ce supplément n'est permis qu'une seule fois, par lésion professionnelle acceptée par la Commission ou, par la suite, au maximum une fois par an lorsqu'une aggravation de la surdité est suspectée.

09919 supplément pour la production des tests audiologiques en cabinet privé 85,00

16. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

09970 rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 70,00

AVIS : *Inscrire comme date d'événement la date à laquelle le formulaire visant le retrait préventif est complété.*

S'il y a lieu, inscrire un diagnostic de grossesse.

17. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

A) Assignment temporaire

Il s'agit du rapport médical complété à la demande de l'employeur par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

1^o le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;

2^o 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^o ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

09971	rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai à la Commission du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission ou identique à celui-ci	70,00

18. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS

A) Nature du rapport

Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

09942	étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin	400,00

AVIS : *Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.*

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

09911		60,00
09912		85,00
09913		110,00

19. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la Loi sur la santé et la sécurité du travail et son règlement.

NOTE : Pour réclamer ce service, le médecin doit être désigné par les parties.

09954	rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel	110,00

20. AVIS SUPPLÉMENTAIRES POUR LE MÉDECIN DÉSIGNÉ OU LE MÉDECIN MEMBRE DU BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

NOTE : La correction demandée par la CNESST d'un rapport d'évaluation déjà rendu par un médecin désigné par la CNESST en vertu de l'article 10 b) ou d'un avis écrit rendu par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale en vertu de l'article 13, en raison d'une erreur ou d'une omission imputable à l'un ou l'autre de ces médecins ne constitue pas un avis supplémentaire et doit être exécutée sans rémunération additionnelle.

A) Avis supplémentaire simple

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 b) ou à un avis écrit en vertu de l'article 13 qu'il a déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire est soumise par la Commission dans les 60 jours de la signature du précédent rapport d'évaluation par le médecin désigné ou de cet avis par le médecin du BEM, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- 1^o Transmission de rapports d'investigations supplémentaires à la suggestion du médecin désigné ou du membre du BEM, ou d'une consultation en milieu spécialisé (ex : scan, EMG);
- 2^o Transmission de documents (maximum de 15 pages) pertinents pour la rédaction de l'avis, qui n'étaient pas inclus dans le dossier transmis par la CNESST, mais qui auraient dû l'être;

09924	examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis	115,00

B) Avis supplémentaire complexe

Il s'agit d'une évaluation sur dossier faite par un médecin désigné par la Commission ou par un médecin membre du Bureau d'évaluation médicale, en supplément à un rapport d'évaluation médicale en vertu de l'article 10 b) ou à un avis écrit en vertu de l'article 13 déjà rendu, lorsque la demande d'avis supplémentaire soumise par la Commission comporte plus de 15 pages de nouveaux documents pertinents à la rédaction de l'avis supplémentaire ou que l'ajout ou la modification apportée par la Commission à la demande initiale soumise exige une relecture presque complète du dossier entier.

09925	examen du dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission de l'avis supplémentaire requis	215,00

21. CONSIDÉRATION DE TRÈS GRANDE COMPLEXITÉ

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné, selon les critères établis par la Commission. Cette considération peut

aussi être accordée dans certains dossiers par le directeur médical du Bureau d'évaluation médicale aux médecins de ce Bureau, selon ces mêmes critères.

09931

275,00

22. RAPPORTS POUR LES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS (IVAC)

A) Attestation médicale IVAC-CIVISME

Il s'agit de l'attestation médicale comportant notamment le diagnostic, le siège de la blessure, les autres diagnostics actuels physiques ou psychiques pouvant avoir des répercussions, de même que les antécédents pertinents; s'il y a lieu arrêt de travail ou d'études et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la blessure d'une personne victime ou d'un sauveteur; cette attestation est remise par le médecin qui la complète à cette victime ou sauveteur.

15795

pour la rédaction et remise sans délai à la victime, du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission

22,50

B) Rapport médical IVAC-CIVISME

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin; ce rapport comporte notamment :

1^o la date de l'acte criminel ou du sauvetage;

2^o le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;

3^o la période prévisible de consolidation de la blessure;

4^o l'évolution de la blessure et l'évaluation des séquelles à prévoir

15796

pour la rédaction et expédition immédiate à la Commission, du formulaire de rapport médical prescrit par la Commission

22,00

C) Rapport final IVAC-CIVISME

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, lorsque la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée; ce rapport comporte notamment les diagnostics finaux et renseignements complémentaires pertinents et il décrit les limitations fonctionnelles qui résultent de la blessure.

15797

pour la rédaction et expédition à la Commission, dès que la blessure de la victime ou du sauveteur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission

26,00

23. AVIS MOTIVÉ : *Abrogé en date du 24 mai 2018 par la Modification 88*

23. MAJORATION APPLICABLE

Aucune majoration n'est applicable pour l'ensemble des codes de l'Annexe 24, à l'exception de la rémunération différente prévue à l'Annexe 19.

ANNEXE 30

ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS

PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE

Abrogé.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis-sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
La rémunération pour l'anesthésie locale reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.				
<u>AVIS</u> : <i>S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.</i>				
Allergie				
20104	Un supplément est payable si réaction anaphylactique nécessitant l'administration d'épinéphrine	168,90	211,10	
Le code 20104 n'est facturable qu'avec les codes 00100, 00152, 00161, 00334, 20105, 20110, 20111, 20112, 20113, 20114, 20504 et 20505.				
Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation				
00100	une injection	13,20	18,45	
20105	deux injections ou plus, le même jour	18,45	23,75	
NOTE : Les codes 00100 et 20105 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.				
Cutî-réaction par scarification, intradermoréaction ou les deux, par jour :				
20500	tests cutanés aux inhalants, interprétation et, le cas échéant, la technique	24,80	31,15	
20501	tests cutanés aux aliments, interprétation et, le cas échéant, la technique (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie)	28,50	34,30	

	Scarification ou intradermoréaction		
20502	tests cutanés au venin d'insectes, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie)	59,10	71,25
20503	tests cutanés aux médicaments, interprétation et, le cas échéant, la technique, par jour	47,50	59,10
00107	Transfert passif	33,25	39,90
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie et en oto-rhino-laryngologie)	5,95	
20106	Supervision de l'application cutanée contrôlée de substances chimiques à l'aide de chambrettes autocollantes laissées en place 48 heures et plus, par allergène	1,05	1,05
	NOTE : Maximum 200 allergènes par séance.		
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le nombre d'allergènes.</i>		
20107	Lecture en temps direct effectuée 72 heures ou plus après l'application Maximum d'une seule lecture par patient, par application	31,65	31,65
20108	Lecture de fiche signalétique (SIMDUT)	52,80	52,80
20109	Élaboration et préparation d'échantillons pour tests par application (produits industriels ou médicaments non commercialement disponibles)	316,65	316,65
00152	Perfusion intraveineuse de gammaglobuline, incluant la surveillance	60,15	
20110	Perfusion intraveineuse d'immunomodulateur, incluant la surveillance	52,80	
20111	Injection anti-IgE, incluant la surveillance	26,40	
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance	107,85	107,85
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le	158,35	

	cas échéant, et l'interprétation, par jour		
20504	Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	186,40	
20505	Test de provocation spécifique aux médicaments, toutes techniques, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	186,40	
00334	Désensibilisation aux médicaments, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte codé 20104 rendus le même jour, par jour	395,80	
00815	Test de provocation bronchique non spécifique (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation	42,20	
	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation		
00161	première injection	52,80	73,90
20112	injection subséquente, maximum 3 injections subséquentes	21,10	26,40
	NOTE : Les codes 00161 et 20112 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour.		
	<u>AVIS</u> : Inscrire le nombre d'injections subséquentes.		
20113	Traitement ultra-rapide d'hyposensibilisation au venin d'insecte, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte codé 20104 rendus le même jour. Minimum de 4 injections par type de venin, par patient, par jour.	369,45	
	NOTE : Le code 20113 est facturable une fois par jour, par patient.		
20114	Traitement d'hyposensibilisation sublingual (initiation) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, limité aux extraits d'allergènes approuvés pour cette voie d'administration Maximum 1 fois par allergène, par patient, par année civile	18,45	23,75

Dosages d'IgE spécifiques

00781	Interprétation d'un ou de plusieurs tests pour un patient que le médecin a vu, par patient, par jour (pour spécialiste en allergie seulement)	31,65	31,65

Analyse de laboratoire

00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie)	2,30

NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient

Angiologie

La présente section s'applique aux médecins spécialistes qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie percutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu, l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artérioveineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25 %.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte En vue de l'étude d'un ou de plusieurs pontages artériels ou de fistules artérioveineuses.

Angiographie veineuse :

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)

veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)

00129	bénéficiaire de 2 ans ou plus	24,40	4
00233	bénéficiaire de moins de 2 ans veine thoracique ou abdominale	43,40	6

00133	bénéficiaire de 2 ans ou plus	50,75	4
00886	bénéficiaire de moins de 2 ans	75,65	4
	par dissection veineuse :		
	veine cave supérieure ou inférieure		
00135	bénéficiaire de 2 ans ou plus	69,10	4
00888	bénéficiaire de moins de 2 ans	90,55	4
	sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine		
00141	bénéficiaire de 2 ans ou plus	93,00	4
----	(maximum de \$)		
	(maximum de 232,50 \$)		
00621	bénéficiaire de moins de 2 ans	118,75	4
----	(maximum de \$)		
	(maximum de 296,85 \$)		

AVIS : *Inscrire le nombre de services.*

Angiographie artérielle :

par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter, s'il y a lieu)

artère périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)

00142	bénéficiaire de 2 ans ou plus	32,60	4
00408	bénéficiaire de moins de 2 ans	43,30	4
	artère sous-clavière		
00139	bénéficiaire de 2 ans ou plus	80,05	5
00619	bénéficiaire de moins de 2 ans	101,35	6
	artère carotide ou vertébrale		
00143	bénéficiaire de 2 ans ou plus	74,45	6
00409	bénéficiaire de moins de 2 ans	102,90	5
	artère thoracique ou abdominale		
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
00130	bénéficiaire de 2 ans ou plus	68,15	4
00883	bénéficiaire de moins de 2 ans	101,60	6

	aortographie translombaire		
00131	bénéficiaire de 2 ans ou plus	76,00	5
00884	bénéficiaire de moins de 2 ans	114,00	5

par dissection artérielle :

	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)		
00132	bénéficiaire de 2 ans ou plus	97,85	5
00885	bénéficiaire de moins de 2 ans	133,90	5

artériographie sélective d'une branche de l'aorte
autre que les coronaires (v.g. artère rénale,
coeliaque, mésentérique, bronchique)
ajouter à l'aortographie non sélective

00134	bénéficiaire de 2 ans ou plus	30,95	
----	(maximum de) (maximum de 123,80 \$)		
00887	bénéficiaire de moins de 2 ans	38,00	
----	(maximum de \$) (maximum de 152,00 \$)		

AVIS : *Inscrire le nombre de services.*

Coronarographie

00294	bénéficiaire de 2 ans ou plus	205,65	5

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

00488	bénéficiaire de moins de 2 ans	308,50	5

Angiocardiographie :

non sélective (par voie veineuse)

00126	bénéficiaire de 2 ans ou plus	47,35	5
00219	bénéficiaire de moins de 2 ans	65,70	6

sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère
pulmonaire

00102	bénéficiaire de 2 ans ou plus	110,30	5

----	(maximum de \$) (maximum de 220,60 \$)			
00191	bénéficiaire de moins de 2 ans	164,75		6
----	(maximum de \$) (maximum de 329,50 \$)			

AVIS : *Inscrire le nombre de services.*

20506	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaro-coronaires avec ou sans coronarographie	396,50		5

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 19.*

Aphérèse

00439	Érythrocytaphérèse	150,35		
00434	Leucaphérèse	150,35		
00406	Plaquetaphérèse	150,35		
20185	Plasmaphérèse massive (50 % du volume plasmatique ou plus), (pour médecin spécialiste en hématologie seulement)	150,35		
20115	Cholestérol incluant la surveillance et la visite	105,55		

AVIS : *Pour le médecin classé en biochimie, utiliser l'élément de contexte **Quote-part facturée le même jour** lorsque l'acte codifié **20115** est effectué le même jour que l'acte codifié **09735**.*

Aspiration

00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	10,30	10,30	
00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	16,60	16,60	
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la parotide	20,10	21,00	4

Audiométrie

Les actes énumérés dans la présente section ne sont payables qu'aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

	tonale		
00180	interprétation et technique de procédé	18,25	20,80
	tonale et vocale		
00156	interprétation	11,25	11,25
00747	interprétation et technique de procédé	30,55	41,00
00164	Mesure des émissions oto-acoustiques, interprétation	3,30	
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes trans-tympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	113,15	6
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens, unilatérale ou bilatérale	9,95	9,95

Biopsie (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

----	conjonctive	(voir oeil)
----	larynx	(voir laryngoscopie)
----	orbite	(voir oeil)
	osseuse ouverte :	
----	os mineur	(voir système musculo-squelettique)
----	os majeur	(voir système musculo-squelettique)
----	paupières et sourcils	(voir oeil)
----	transtrachéale ou transbronchique	(voir bronchoscopie)

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Biopsie non reliée à l'acte opératoire.**

Maximum de 1 par patient, par jour, pour le même médecin

00165	anus (PG-28)	18,85	22,00	5
20021	artère temporale	121,30	121,30	5
00167	bouche	30,25	31,95	4
00782	par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie	39,30		
00179	estomac (perorale)	18,85	18,85	4
00181	foie (à l'aiguille, percutanée) (PG-28)	58,05	58,05	5
00187	glandes salivaires	35,95	38,40	5
00190	intestin grêle (perorale)	47,50	47,50	
00192	langue	30,25	31,95	4
00308	masse cervicale (à l'aiguille) (PG-28)	35,05	35,05	5
20116	avec échoguidage, excluant la biopsie de la thyroïde, supplément	31,65		
	moelle osseuse :			
	aspiration seulement			
00234	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28 pour pédiatre seulement)	60,15	60,15	4
00249	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28 pour pédiatre seulement)	66,50	66,50	4
00213	palais	30,25	31,95	4
00221	pharynx	30,25	31,95	5
00226	préscalénique	66,50	66,50	4
00227	prostate (à l'aiguille)	39,90	39,90	4
00223	rate (avec manométrie)	64,65	64,65	4
00230	recto-sigmoïde pour maladie du Hirschsprung (incluant la recto-sigmoïdoscopie)	64,30	64,30	4
00231	rectum	12,90	15,10	5
	testicules :			
00241	unilatérale ou bilatérale	44,25	53,30	5
00240	unilatérale ou bilatérale (avec vasographie)	61,95	73,25	4

00237	thyroïde (à l'aiguille) ou kyste thyroïdien	29,55	47,50	
00103	si évaluation d'une masse thyroïdienne avec biopsie sous échoguidage, supplément (cet acte est réservé aux médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie)	31,65		
00244	urètre (sans endoscopie)	15,40	15,40	4
	Maximum de 2 par patient, par jour, pour le même médecin			
00173	conduit auditif externe	27,90	29,20	4
00175	de la synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	118,75	118,75	6
00185	gencives	27,40	28,45	4
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	52,80		4
00194	lèvre	26,05	26,90	4
	<u>Avis :</u> Le code de facturation 20507 est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.			
00204	nez : tumeur endonasale	33,70	35,95	4
00207	oreille moyenne	30,25	30,25	4
00222	plèvre : à l'aiguille	158,35	158,35	4
00797	plèvre ou poumon ou les deux : au trépan pneumatique	182,90		4
00232	rein (à l'aiguille) (PG-28)	105,55	105,55	5
00236	sinus	28,90	28,90	5
00246	vaisseau superficiel	45,45	52,10	5
	Maximum de 1 par patient, par jour, par site anatomique, pour le même médecin			
00166	aponévrose	46,05	53,15	4
00168	bourse profonde	61,30	61,30	4
00169	bourse superficielle	26,60	26,60	4

00183	gaine tendineuse	43,20	49,55	4
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (PG 28)	48,55	48,55	5
00195	ligament	44,30	51,90	4
00202	muscle	110,85	110,85	5
00220	nerf périphérique	108,60	108,60	5
00273	osseuse à l'aiguille (PG-28)	96,20		4
	osseuse à l'aiguille avec aspiration de moelle osseuse			
00281	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28)	116,80		4
00282	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28)	169,95		4
00215	cutanée et tissus sous-cutanés au poinçon, ou exérèse elliptique de 1,5 cm ou moins (PG-28)	33,80	33,80	4
20117	cutanée, par rasage	22,90	22,90	
20118	exérèse elliptique de plus de 1,5 cm	63,35	63,35	5
20119	matrice ou lit de l'ongle	63,35	63,35	4
00798	sein (à l'aiguille), une ou plusieurs	16,35	20,90	4
00238	tendon	40,20	47,10	4

Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques

NOTE : Pour les blocages thérapeutiques avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence, les services médicaux de la présente section sont majorés de 100 %. Cette majoration ne peut être appliquée avec les codes 00250, 00257, 00297, 00722, 20226, 20227, 20228, 20229, 20230, 20231, 20232, 20233 et 20234.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Blocage thérapeutique avec alcool ou phénol ou autres substances neurotoxiques ou selon la technique de cryoneurothérapie ou par radiofréquence.**

AVIS : En urologie, voir la Règle d'application n° 25.

bloc facettaire sous contrôle échoscopique,
fluoroscopique ou scanographique

00217	un site	44,65	70,40

20226	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	141,60	

NOTE : Pour médecin physiatres et cabinets
désignés seulement
(voir règle 42 du préambule général)

20510	chaque site additionnel, par séance, maximum 4	22,15	22,15

AVIS : *Inscrire le nombre de sites additionnels.*

NOTE : Une arthrographie ne peut être facturée
lorsque effectuée à la même séance qu'un bloc
facettaire.

NOTE : Les codes 00217 et 20510 ne peuvent être
facturés avec les codes 00431 et 20598.

Infiltration articulaire C1-C2 (atlanto-axiale) sous
scopie avec positionnement intra-articulaire incluant,
le cas échéant, l'injection de substance de contraste,
de médicament ou de substance thérapeutique

20511	unilatérale	195,50	230,40

20227	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	143,90	

NOTE : Pour médecins physiatres et cabinets
désignés seulement
(voir règle 42 du préambule général)

20512	bilatérale	349,15	384,00

20228	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	144,00	

NOTE : Pour médecins physiatres et cabinets
désignés seulement

(voir règle 42 du préambule général)

00255	blocage d'un nerf somatique majeur tels radial, cubital, etc. incluant la technique pour localiser le point moteur, maximum de un par jour, par patient (PG-28)	22,15	22,15

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 1 Nerf somatique sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.

Ce code de facturation ne peut pas être utilisé pour une anesthésie locale, régionale ou loco-régionale.

00722	bloc veineux	31,55	31,55
00257	caudal	43,90	43,90
20022	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	26,25	52,35
20229	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	141,25	
NOTE : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)			
00250	épidurale cervicale	79,80	79,80
00813	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	22,15	43,30
00297	épidurale thoracique ou lombaire	44,35	44,35
00814	sous fluoroscopie avec ou sans utilisation de cathéter ou de substance de contraste, supplément	22,15	43,30
20230	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	133,00	
NOTE: Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)			
00258	ganglion de Gasser	65,05	65,05
00792	ganglion impar (Walther)	38,85	38,85
00259	ganglion sphéno-palatin	58,30	58,30

00260	ganglion stellaire	36,65	36,65
00261	nerf fémoro-cutané	24,30	24,30
00262	nerf laryngé supérieur	35,45	35,45
00719	nerf obturateur	35,45	35,45
00263	nerf phrénique	29,90	29,90
00264	nerf splanchnique (plexus coeliaque)	138,55	138,55
00265	nerf sus-scapulaire	24,40	24,40
00720	nerf vague, accessoire spinal, glossopharyngé	46,50	46,50
00267	paravertébral de nerf somatique (thoracique, lombaire ou cervical)	33,45	33,45
	maximum par jour	83,65	83,65
20023	cryothérapie, toute voie d'approche, toute technique, pour lésions musculo-squelettiques, un ou plusieurs sites à la même séance excluant les facettes	165,35	
00266	bloc combiné du plexus lombo-sacré en une seule injection		
	maximum un bloc par jour, par patient	38,85	38,85
	Infiltration dans le foramen, sous télévision, d'une racine nerveuse cervicale ou thoracique, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée		
20513	une racine	186,20	221,15
20231	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	143,90	
	NOTE : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement (voir règle 42 du préambule général)		
20514	deux racines ou plus	349,15	384,00
20232	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	144,00	

NOTE : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement

(voir règle 42 du préambule général)

Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée

00292	une racine	120,80	144,00

20233	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	140,00	

NOTE : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement

(voir règle 42 du préambule général)

00293	deux racines ou plus	189,65	228,10

20234	composante technique pour contrôle fluoroscopique, supplément	145,60	

NOTE : Pour médecins physiatres et cabinets désignés seulement

(voir règle 42 du préambule général)

paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire) :

00268	unilatéral	83,10	83,10

00269	plexus brachial	44,35	44,35

00322	sinus carotidien (PG-28)	34,95	34,95

00270	sous-arachnoïdien (intrathécal)	35,45	35,45

00271	trijumeau, branche maxillaire ou mandibulaire	35,60	35,60

Bronchoscopie flexible incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant

Bronchoscopie :

09362	chez un patient intubé (PG-23) (PG-28)	33,25	5

09363	chez un patient non intubé (PG-23) (PG-28)	110,85	4

09364	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	158,35	1

00724	avec cryothérapie, électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	158,35	7
20120	avec thermoplastie bronchique, supplément	105,55	1
09400	avec autofluorescence, supplément	105,55	1
09401	avec traitement photodynamique, supplément	158,35	1
09366	avec bronchographie, supplément	105,55	1
09367	avec biopsie pulmonaire transbronchique, supplément	158,35	1
20085	avec navigation électromagnétique, supplément	105,55	1
20181	avec insertion de marqueurs (grains d'or) au niveau pulmonaire (transbronchique) pour radiothérapie stéréotaxique, supplément	158,35	1
09368	avec ponction ganglionnaire transtrachéale et/ou transbronchique, supplément	105,55	1
09369	avec lavage broncho-alvéolaire diagnostique v.g. technique de Crystal, supplément	52,80	1
20121	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	52,80	1
09484	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	166,25	5
00140	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	166,25	1
00716	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	166,25	1
20015	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	158,35	3
00802	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	105,55	1
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie		
09344	chaque quart d'heure additionnel, supplément	31,65	
	<u>AVIS</u> : Inscrire la durée additionnelle de la procédure.		
00707	Lavage alvéolaire thérapeutique d'un poumon, dans la protéinose alvéolaire	295,35	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	263,90	7
<i>AVIS : Le code de facturation 00753 est aboli à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.</i>			
00800	Dilatation trachéale incluant la laryngoscopie (PG-23)	152,95	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	138,55	7
<i>AVIS : Le code de facturation 00801 est aboli à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.</i>			
Interventions percutanées transtrachéales			
00811	Insertion initiale d'un cathéter transtrachéal pour oxygénation incluant les remplacements et les aspirations	110,85	7
<i>AVIS : Le code de facturation 00811 est aboli à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.</i>			
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	112,10	7
<i>AVIS : Le code de facturation 00812 est aboli à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.</i>			

Trachéostomie percutanée effectuée aux soins intensifs
(PG-28)

20515	premier intervenant	221,65	7
20516	deuxième intervenant	142,05	

CARDIOLOGIE

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans.

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans.

Les codes des sections *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie* à l'exception des codes 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans.

Études et épreuves cardiologiques

Électrocardiogramme :
au bureau :

00340	interprétation	2,50	
00341	technique et interprétation	7,35	
00344	à domicile à domicile 23,40		
00339	Épreuve d'effort submaximal ou maximal au moyen d'un tapis roulant ou d'une bicyclette ergométrique, incluant le monitoring continu de l'E.C.G. et l'E.C.G. au repos (surveillance et interprétation)	70,30	
00309	Épreuve d'effort submaximal ou maximal (surveillance du malade, technique et interprétation des tracés, y compris le tracé au repos)	51,00	

00329	Épreuve d'effort avec mesure de la consommation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 00309 le même jour chez le même patient)	104,50		
00350	Électrocardiogramme dynamique (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation NOTE : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monitoring central.	41,85	52,90	
00351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position couchée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en pratiquant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque unifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) <u>AVIS</u> : S'il y a lieu, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou utiliser l'élément de contexte Patient hospitalisé.	60,60		
00685	bénéficiaire de 2 ans ou plus	27,20	27,20	
00690	bénéficiaire de moins de 2 ans Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal permanent, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence) <u>AVIS</u> : S'il y a lieu, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou utiliser l'élément de contexte Patient hospitalisé.	42,05	42,05	
00693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	70,10	70,10	
00705	bénéficiaire de moins de 2 ans	105,70	105,70	
00313	Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par	84,45	84,45	5

année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)

AVIS : *S'il y a lieu, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier ou utiliser l'élément de contexte Patient hospitalisé.*

20517	Si resynchronisation, supplément	21,10	21,10

NOTE : Le code 20517 peut être facturé en supplément des codes 00313, 00685, 00690, 00693 ou 00705.

00843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	77,45	

00704	Épreuve au dipyridamole par voie intraveineuse incluant la surveillance immédiate, l'interprétation des modifications électrocardiographiques et l'épreuve d'effort submaximal ou maximal, si effectué le même jour	77,45	

00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne, incluant la visite.		

\$ par heure, par patient,
13,25 \$ par heure, par patient,
maximum 15 patients, par médecin

AVIS : *Inscrire :*

- le nombre de patients et le numéro d'assurance maladie de chacun;
- la durée de la surveillance.

00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non invasive, par période de 24 heures, interprétation	14,70	14,70

NOTE : Ne peut être facturé pour des patients hospitalisés. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie.

Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques

Le cathétérisme cardiaque inclut notamment la consultation, la dissection artérielle ou la ponction/l'utilisation d'un cathéter, l'enregistrement des pressions intravasculaires et intracardiaques, l'obtention d'échantillons sanguins pour les analyses sanguines, la mesure des gaz sanguins, l'utilisation d'électrodes cathéter s'il y a lieu, les épreuves pharmacologiques ou épreuves d'effort, la collection d'air pour la mesure de la consommation d'oxygène, l'interprétation des données et le rapport.

Les actes des sections « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », « Interventions cardiologiques », « Stimulateur cardiaque » et « Électrophysiologie » de 3 heures ou plus donnent droit à un supplément

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin aux actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie lorsque le ou les codes de facturation **09410** et **09434** sont réclamés*

09410	pour une période de 3 heures, supplément	136,35
09434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 8), supplément	93,00

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de l'intervention.*

09435	Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de \$ 154,85 \$ par jour	
00300	Un maximum de \$ 619,60 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section « Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques », y compris l'angiologie, faits à la même séance pour un patient âgé de plus de 14 ans.	

NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.

AVIS : Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, utiliser le code de facturation de chaque service rendu.

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés

09410 et 09434, sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 2 ans

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 125 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 2 ans à 10 ans

Les actes des sections Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques, Interventions cardiologiques, Stimulateur cardiaque et Électrophysiologie à l'exception des actes codés 09410 et 09434, sont rémunérés à 115 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de 11 ans à 14 ans

00617	Cathétérisme aortique (PG-23) (PG-28)	68,15	4
	NOTE : Le code 00617 ne peut être facturé avec le code 00648, le même jour, pour le même patient.		
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (PG-23) (PG-28)	185,95	4
00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (PG-23) (PG-28)	169,80	4
09492	voie d'approche transseptale, supplément	309,85	1
09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	309,85	1
00530	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire A8-1 (PG-23) (PG-28)	174,95	4
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (PG-23)	278,75	5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement	53,50	4

Cathétérisme de l'artère ombilicale

00307	mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	115,35	4

Interventions cardiologiques

20186	Un supplément est payable si imagerie par OCT des artères coronaires, technique et interprétation	246,70	1

NOTE : Le code 20186 ne peut être facturé avec les codes 08375, 08376 et 08377, à la même séance.

L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque fait durant la même séance.

00631	temps angioradiologique	260,30	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 19.

00632	temps angioplastique	557,65	8

00662	temps angioradiologique et angioplastique	681,60	8

AVIS : Voir la Règle d'application n° 19.

09302	dilatation de chacune des artères additionnelles	161,05	

AVIS : Inscrire le nombre d'artères additionnelles.

20520	si athérectomie, supplément	309,85	

20521	si tuteur(s) intravasculaire(s), supplément	216,90	

20522	si thromboaspiration intravasculaire, supplément	216,90	

20523	si mise en place d'un système de protection embolique endovasculaire, supplément	216,90	

20524	si extraction de corps étranger(s), supplément	371,75	

20525	si embolisation septale appliquée aux cardiomyopathies hypertrophiques, supplément	433,75	

20518	Épreuve pharmacologique percutané pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	93,00	6

20122	Épreuve avec effort percutané pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	93,00	6
20519	Épreuve pharmacologique percutané pour évaluation de la sévérité des cas de rétrécissement aortique calcifié associé à une dysfonction ventriculaire afin de confirmer la pertinence d'une intervention valvulaire	93,00	6
	Angioplastie d'occlusion chronique		
20123	si double accès artériel pour injection coronarienne simultanée, dans le contexte d'une angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément	239,00	2
20124	si guide et/ou microcathéter avancé par voie rétrograde dans le contexte d'une tentative d'angioplastie d'occlusion chronique préalablement planifiée, supplément	358,50	2
	NOTE : Les codes 20123 et 20124 ne peuvent être majorés selon les dispositions de la Règle 14 du Préambule général.		
20187	Embolisation de fistule coronarienne ou collatérale aorto- pulmonaire dans le contexte d'une malformation cardiaque	316,65	8
20188	si fistule coronarienne ou collatérale additionnelle, supplément Maximum 2	105,55	2
	<u>AVIS</u> : En rôle 1, inscrire le nombre de fistules additionnelles. En rôle 2, facturer une fistule additionnelle par ligne de facture.		
09360	Angioplastie d'une valve cardiaque ou d'un gros vaisseau intrathoracique (artère(s) pulmonaire(s), aorte, veines caves, shunts et conduits centraux), incluant le cathétérisme cardiaque fait le même jour (PG-23)	991,35	8
09361	dilatation d'une sténose à un site différent, supplément	136,35	
20189	si utilisation d'un tuteur endovasculaire, supplément Maximum 2	211,10	2
	<u>AVIS</u> : En rôle 1, inscrire le nombre de tuteurs. En rôle 2, facturer un tuteur par ligne de facture.		

20190	si perforation par radiofréquence d'obstruction ou d'atrésie complète valvulaire ou d'un gros vaisseau intrathoracique, supplément	211,10		2
20526	Correction ou oblitération percutanée d'une incompétence valvulaire ou périvalvulaire par différents implants incluant, le cas échéant, le cathétérisme aortique, le cathétérisme cardiaque gauche, le cathétérisme transseptal et l'angiographie de cavité cardiaque	991,35		8
20125	si utilisation d'un implant de rapprochement actif des feuillets « clip mitral », par implant (maximum 2), supplément	209,10		2

AVIS : En rôle 1, inscrire le nombre d'implants.

En rôle 2, facturer un implant par ligne de facture.

Remplacement valvulaire incluant la valvuloplastie par ballonnet, l'implantation d'une endoprothèse valvulaire et, le cas échéant, l'ensemble du cathétérisme cardiaque gauche et droit, le débit cardiaque, la documentation du gradient transvalvulaire et l'utilisation d'une électrode endocavitaire pour stimulation ventriculaire rapide

20527	par voie artérielle ou veineuse	1 858,75		18
20576	par voie apicale	1 195,00		18
09419	Oblitération d'un canal artériel perméable ou d'un défaut septal par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme fait le même jour (PG-23)	867,40		12
00542	Septotomie auriculaire par cathéter ballon (Rashkind)	527,75		10
00597	Ponction péricardique (PG-28)	309,85	309,85	5
09334	Mise en place d'un cathéter péricardique (incluant la ponction et l'administration de médicaments) (PG-28)	371,75		5
09335	administration de médicaments par le cathéter au-delà de la première journée, par jour	21,05		
	Ballon intra-aortique			
00422	installation	247,85		10

00424	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	93,00		
00446	exérèse percutanée (PG-23)	93,00		10
00457	exérèse par voie ouverte incluant la fermeture de l'artère (PG-23)	155,60		10
	Implantation d'un système d'assistance circulatoire percutanée			
20528	installation (PG-23)	619,60		10
20529	surveillance, par jour, par patient (PG-23)	123,90		
20530	exérèse percutanée (PG-23)	123,90		10
00489	Cardioversion électrique ou défibrillation, ou les deux, lors de la même séance :			
	une par séance (PG-28)	92,80	92,80	4

Stimulateur cardiaque

20191	Si procédure de vénoplastie par dilatation percutanée dans le contexte de voie d'accès compliquée, supplément	211,10		2
	NOTE : Le code 20191 est un supplément aux codes 00460, 20531, 20532, 20577, 20579, 20588			
	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent			
20577	une électrode (PG-23)	523,50		7
20578	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	133,00		
20579	deux électrodes (PG-23)	655,50		7
20580	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	126,00		
20581	par voie thoracique, supplément (PG-23)	125,10		1
20582	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23)	282,00		7
20583	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	133,00		
20588	Exérèse, remplacement, repositionnement de cardiostimulateur ou défibrillateur sans électrode réimplantée, incluant la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance (PG-23)	427,25		7
20589	une électrode réimplantée, supplément (PG-23)	188,45		8

20590	électrodes supplémentaires réimplantées, par électrode, supplément (PG-23)	160,05	8
<u>AVIS</u> : En rôle 1, inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires. En rôle 2, facturer une électrode supplémentaire par ligne de facture. Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s) par voie endovasculaire			
20584	une électrode, (PG-23)	155,05	6
20585	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	143,15	2
<u>AVIS</u> : En rôle 1, inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires. En rôle 2, facturer une électrode supplémentaire par ligne de facture.			
20586	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	77,55	1
20587	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23)	473,10	8
20532	Exérèse d'électrodes endocavitaires avec système d'extraction utilisant une source d'énergie	1 048,95	8
20194	électrodes supplémentaires, par électrode, supplément (PG-23)	143,15	1
<u>AVIS</u> : En rôle 1, inscrire le nombre d'électrodes supplémentaires. En rôle 2, facturer une électrode supplémentaire par ligne de facture.			
20195	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23)	77,55	1
00460	Mise en place d'un défibrillateur, toute voie d'approche, incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le médecin, le cas échéant, à la même séance	813,45	8
20531	Thérapie de resynchronisation cardiaque incluant la mise en place d'une sonde permanente de stimulation ventriculaire gauche, la mise en place d'un cardiostimulateur (pacemaker) ou d'un défibrillateur et, le cas échéant, l'angiographie du sinus coronaire, la correction d'éventuelle arythmie et la cardioversion	997,50	9

NOTE : Le code 20531 ne peut être facturé avec le code 00460 à la même séance.

Réanimation

Réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (polytraumatisme, insuffisance cardiorespiratoire, état de choc, coma) incluant la visite, le maintien des fonctions vitales, le massage cardiaque et la ventilation et, le cas échéant, l'utilisation d'un défibrillateur, la dissection veineuse ou artérielle, la ponction artérielle, l'utilisation d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale, l'intubation endotrachéale, l'aspiration trachéo-bronchique, la mesure et l'interprétation des gaz sanguins, par médecin, quel que soit l'endroit.

09403	premier quart d'heure	82,35
09404	deuxième quart d'heure	82,35
09405	chaque quart d'heure additionnel	41,15

AVIS : Incrire la durée additionnelle à la réanimation.

AVIS : Voir la règle 11 du préambule général.

Électrophysiologie

20533	Test de stimulation pharmacologique pour dépistage de pathologie génétique cardiovasculaire	183,75	4
00176	Stimulation programmée du coeur incluant l'insertion des cathéters, les études pharmacologiques et la correction de l'arythmie, si nécessaire (PG-23)	604,40	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	251,85	4

00291	ablation d'arythmie avec cardiopathie congénitale complexe, d'un ou plusieurs foyers de tachycardie ventriculaire cicatricielle ou au niveau des veines pulmonaires, incluant le cathétérisme cardiaque gauche et le transseptal, supplément	523,95	5

NOTE : Les codes 00248 et 00291 ne peuvent être facturés à la même séance.

20199	deuxième ablation dans une cavité cardiaque différente de la première lors de la même procédure, supplément Maximum 1	211,10	2

NOTE : Les codes 00248 et 20199 ne peuvent être facturés à la même séance.

09422	avec mapping gauche, supplément	173,20	4

00323	avec mapping auriculo-ventriculaire, supplément	173,20	4

09471	cartographie tridimensionnelle et l'analyse des tracés lors d'ablation d'arythmies complexes, supplément	419,35	4

NOTE : Le code 09471 ne peut être facturé avec les codes 00323 et 09422.

NOTE : Un seul supplément peut s'ajouter au tarif anesthésique de la stimulation programmée du coeur.

20126	Oblitération de l'auricule gauche par mise en place d'une endoprothèse insérée par voie artérielle ou veineuse incluant le cathétérisme et l'approche transseptale faits le même jour (PG-23)	943,85	12

00564	Test de la table basculante, incluant l'enregistrement de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle (soit par une ligne artérielle ou par pléthysmographie) à l'état de base (couché) et pendant l'orthostation passive sur une table basculante, sans et avec l'administration de substances pharmacologiques, si nécessaire	155,90	

NOTE : la présence 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	424,05	

Cathétérisme veineux

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie ou en radiologie, sauf si le code prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.

09304	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz	185,95	
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire		
20127	patient de moins de 2 ans (PG-28)	105,55	4
20128	si poids du patient <= 4 kg, supplément	52,80	1
09305	patient de 2 ans à 16 ans (PG-28)	60,95	4
09306	patient de plus de 16 ans (PG-28)	33,25	
09307	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant l'injection de substance de contraste, le cas échéant (PG-28)	58,20	
20200	si patient de moins de 5 ans, supplément	158,35	2
20201	si patient de 5 ans à moins de 18 ans, supplément	105,55	1
09308	Mise en place d'un cathéter veineux central permanent avec réservoir sous-cutané (ex. : type Infusaid ou Port-a-Cath) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance	280,30	6
09309	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	35,75	
09333	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie (PG-28)	41,60	5
09327	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction et la surveillance (PG-28)	101,95	
09328	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique	106,55	

20129	Mise en place d'un cathéter veineux fémoral pour patient de moins de 14 ans (PG-23) (PG-28)	100,25	4

Diabétothérapie

09425	Désensibilisation à l'insuline, incluant les visites et la surveillance	131,95	
09312	Séance d'enseignement de groupe aux patients diabétiques, minimum de 4 patients diabétiques, pour une période de service continu de 60 minutes ou plus	88,65	108,70

NOTE : par centre hospitalier ou par cabinet pour l'ensemble des médecins.

1) Maximum de 2 séances d'enseignement par jour.

2) Maximum de 4 séances d'enseignement par semaine, du dimanche au samedi.

AVIS : *Inscrire le numéro d'assurance maladie de chaque patient.*

09370	Enseignement de l'amorce de l'insulinothérapie à un patient, maximum un par patient par période de 12 mois	98,05	98,05

NOTE : Le code 09370 ne peut être facturé par un médecin classé en médecine interne.

09313	Enseignement de la technique de la mesure de la glycémie capillaire (maximum une fois par patient par année)	32,65	41,20

NOTE : Le code **09313** ne peut être facturé par un médecin classé en médecine interne.

~~AVIS~~ : *Le code de facturation **09313** est aboli à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.*

~~AVIS~~ : *Pour les codes de facturation **09313**, **09316** et **09370**, voir la Règle d'application n^o 33.*

Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables

00343	initiation ou vérification du traitement du diabète type I insulino-dépendant, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	45,05	61,45
20534	initiation ou vérification du traitement du diabète insulino-nécessitant autre que type I, par patient, maximum 4 par patient, par médecin, par année civile	45,05	61,45
00345	installation initiale et suivi annuel de la pompe et du cathéter, par patient, par année civile	263,90	263,90
	NOTE : Le nettoyage ou l'exérèse de l'appareillage est inclus dans le tarif de l'acte associé.		
20130	Suivi pour analyse des données et ajustement thérapeutique, le cas échéant, pour patient sous pompe à insuline	52,80	52,80
	NOTE : Le code 20130 peut être facturé une fois par trimestre par patient, par médecin, pour un maximum de trois fois par année civile.		
	NOTE : Le code 20130 ne peut être facturé avec le code 00345 à la même séance.		
09316	Ajustement d'une pPerfusion continue d'insuline, ~~par jour, maximum de 5 jours par malade, par hospitalisation~~ pour un patient hospitalisé	34,40	
	NOTE : Maximum 1 fois par patient par période de sept (7) jours pour une même hospitalisation. Les ajustements subséquents de l'insulinothérapie ne sont pas facturables		

AVIS : ~~À la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), le libellé du code de facturation 09316 est modifié de la façon suivante à compter du 1^{er} mai 2021 : Perfusion continue d'insuline, maximum 1 fois par patient, par période de sept (7) jours, par hospitalisation. Les ajustements subséquents de l'insulinothérapie ne sont pas facturables. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

AVIS : Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.

Pour les codes de facturation ~~09313~~, **09316** et **09370**, voir la Règle d'application n° 33.

Dialyse (techniques chirurgicales pour accès)

Dialyses péritonéales :

00332	mise en place d'un tube par ponction, par trocart ou par incision	33,50	33,50	5
00493	installation d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos incluant l'exérèse d'un autre cathéter, le cas échéant (PG-28)	221,65		5
00494	omentectomie totale ou subtotale (au moins les deux tiers), supplément	124,35		
00495	exérèse d'un cathéter de type Tenckhoff ou d'Oréopoulos (PG-28)	221,65		5

Hémodialyse

00419	Installation de cathéters artériels et veineux (PG-28)	179,45		5
	Révision ou réinstallation de cathéters :			
00426	cathéter artériel ou veineux (PG-28)	61,20		5
00427	cathéters artériel et veineux (PG-28)	93,10		6
00389	Mise en place d'un cathéter veineux ou artériel pour hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale, par voie transcutanée, tout site (PG-28)	38,60		4
	Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter :			
00336	artérielle (périphérique) (PG-28)	34,95	34,95	4
00337	veineuse (PG-28)	31,65	31,65	4

NOTE : Ne peut s'appliquer pour l'hémodialyse ou toute autre technique d'épuration extrarénale par voie transcutanée, tout site.

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin spécialiste qui a effectué une formation spécifique en électroencéphalographie d'une durée minimale de six mois ou qui a été désigné par les parties négociantes.

AVIS : *Le médecin, autre qu'un spécialiste en neurologie depuis le 24 juillet 2017, qui complète la formation spécifique en électroencéphalographie après le 9 décembre 2018 doit en aviser la RAMQ en transmettant son attestation à l'adresse suivante :*

Par la poste

Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P.6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

2. La rémunération pour toute technique électroencéphalographique comprend l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier.

Elle comprend aussi, le cas échéant, l'enregistrement et l'ensemble des actes diagnostiques faisant partie intégrante de la technique, dont notamment l'étude avec électrodes pharyngées et l'enregistrement avec électrodes sphénoïdales.

3. Lorsque l'interprétation est réalisée en cabinet privé, l'enregistrement doit avoir été réalisé dans le même cabinet privé. La rémunération inclut alors la composante technique et les frais de cabinet.

4. Lorsque l'électroencéphalogramme de sommeil est effectué avec un électroencéphalogramme de base, les deux actes sont rémunérés à 100 %.

5. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents, ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou l'autre des cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation

et stimulation intermittente.

00347	Électroencéphalogramme de base	27,00	63,45

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 3 sous l'onglet
Règles d'application et plafonnements.

00752	Électroencéphalogramme de sommeil	20,25	40,55

AVIS : Voir le plafonnement d'activités PA 3 sous l'onglet
Règles d'application et plafonnements.

Enregistrement prolongé : Rapport quotidien

Interprétation quotidienne d'un enregistrement d'un
électroencéphalogramme prolongé avec production
d'un rapport quotidien

Maximum 1 rapport par patient, par jour.

NOTE : Ne peut être facturé avec aucun autre code
d'électroencéphalogramme la même journée, à
l'exception de 00347, 20272, 20273, 20274 et 20275.

20260	Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme pour un diagnostic, avec ou sans enregistrement vidéographique.		

pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures	60,00	115,00

pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 60,00)	120,00	175,00

pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 60,00)	180,00	235,00

AVIS : Inscrire le nombre total d'heures
d'enregistrement au cours de la journée.

20261	complexité de niveau 1 (crise non épileptique), supplément	25,00	25,00

20262	complexité de niveau 2 (électroencéphalogramme avec une anomalie épileptiforme), supplément	50,00	50,00

20263	complexité de niveau 3 (une ou plusieurs crises épileptiques), supplément	75,00	75,00

20264	Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme chez un patient aux soins		

intensifs, hospitalisé, à l'urgence ou à l'unité de néonatalogie, pour qui un monitoring d'électroencéphalogramme est requis, notamment pour un status épileptique ou une épilepsie mal contrôlée qui nécessite une prise de décision thérapeutique.

pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures 60,00

pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 60,00) 120,00

pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 60,00) 180,00

AVIS : *Inscrire le nombre total d'heures d'enregistrement au cours de la journée.*

20265 complexité de niveau 1 (activités épileptiformes, activités périodiques ou crises épileptiques), supplément 75,00

20266 complexité de niveau 2 (status épileptique - activité ictale continue de plus de cinq minutes ou répétée, sans reprise de conscience entre les crises), supplément 100,00

20267 complexité de niveau 3 (status épileptique super-réfractaire; status qui récidive malgré un traitement d'anesthésie générale de plus de 24 heures nécessitant un ajustement thérapeutique), supplément 150,00

20268 Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme chez un patient avec une épilepsie réfractaire mal contrôlée ou chez qui l'on considère une chirurgie de l'épilepsie

pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures 60,00

pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 60,00) 120,00

pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 60,00) 180,00

AVIS : *Inscrire le nombre total d'heures d'enregistrement au cours de la journée.*

20269	complexité de niveau 1 (une ou plusieurs crises épileptiques, à un ou deux foyers), supplément	175,00
20270	complexité de niveau 2 (crises multifocales), supplément	200,00
20271	Enregistrement prolongé d'un électroencéphalogramme avec électrode en profondeur et enregistrement vidéographique	
	pour un enregistrement d'une durée totale de 3 heures à 8 heures	150,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 8 heures à 16 heures (montant additionnel de 150,00)	300,00
	pour un enregistrement d'une durée totale de 16 heures à 24 heures (montant additionnel de 150,00)	450,00
	<u>AVIS</u> : Inscrire le nombre total d'heures d'enregistrement au cours de la journée.	
20272	Interprétation d'un enregistrement d'électroencéphalogramme à la demande de l'équipe traitante pour cas aigu. Maximum quatre fois par patient, par jour. NOTE : Cette interprétation ne peut être initiée par le médecin interprétant. NOTE : La visite de contrôle est incluse à la même séance. NOTE : La consultation téléphonique qui initie l'interprétation est incluse, le cas échéant. Production d'un rapport final d'un électroencéphalogramme prolongé. NOTE : Un enregistrement prolongé ne peut avoir d'interruption de plus de 48 heures consécutives, et doit contenir au moins deux rapports quotidiens. NOTE : Un rapport final ne doit couvrir que des rapports quotidiens qui ont eu lieu pendant la même hospitalisation, et qui proviennent du même examen. NOTE : Le rapport final est un résumé et ne doit pas inclure une relecture des électroencéphalogrammes qui ont fait l'objet d'un rapport quotidien.	50,00

20273	pour un enregistrement comprenant 2 ou 3 rapports quotidiens.	75,00
20274	pour un enregistrement comprenant 4 à 7 rapports quotidiens.	150,00
20275	pour un enregistrement comprenant plus de 7 rapports quotidiens	200,00
Analyse qualitative de l'électrogénèse		
20241	un hémisphère	32,60
20242	deux hémisphères	55,10
20243	Stimulation électrique avec électrodes en profondeur	179,45
20244	Stimulation médicamenteuse avec électrodes en profondeur (métrazol, thiopentothal)	71,75
20245	Test à l'amytal intracarotidien	68,60
20246	Test à l'amytal intracarotidien combiné au métrazol	85,50
Monitoring per-opératoire à l'aide des potentiels évoqués sensitifs incluant le monitoring préopératoire et la disponibilité per-opératoire du neurologue dans l'hôpital		
20247	par heure	21,95
<u>AVIS :</u> Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.		
Corticographie		
00889	un médecin	337,35
	deux médecins	
00890	neurochirurgien	158,35
00891	neurologue ou électroencéphalographiste agréé	158,35
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	158,35
00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective	337,35
NOTE : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.		

00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	118,10	111,90
	Magnétoencéphalographie		
20593	Interprétation d'un tracé de 64 canaux, d'au moins 1 heure d'enregistrement, comprenant le marquage des pointes et l'analyse finale du ou des foyers épileptiques	316,65	

AVIS : *Inscrire le lieu de dispensation correspondant à votre lieu de pratique principal.*

ÉLECTROMYOGRAPHIE, ÉTUDE DE CONDUCTION NERVEUSE ET MYONEURALE

1. La présente section s'applique au médecin qui a effectué une formation spécifique en électromyographie d'une durée minimale de 6 mois ou qui a été désigné par les parties négociantes. Le médecin doit détenir un certificat de spécialiste en chirurgie générale, en chirurgie vasculaire, en médecine interne, en neurochirurgie, en neurologie, en ORL ou en physiothérapie, décerné par le Collège des médecins du Québec ou reconnu par lui aux fins de l'exercice de cette discipline.

AVIS : *Le médecin, autre qu'un spécialiste en neurologie depuis le 24 juillet 2017, qui complète la formation spécifique en électromyographie après le 9 décembre 2018 doit en aviser la RAMQ en transmettant son attestation à l'adresse suivante :*

Par la poste

Service de l'admissibilité, du paiement et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ. Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

2. L'électromyographie comporte les actes décrits ci-après, jugés indiqués selon les données cliniques pour poser ou préciser un diagnostic. La rémunération est applicable en établissement et en cabinet privé et

apparaît au tarif en regard de chacun des actes.

3. Le médecin doit être présent sur place pour effectuer ou guider la réalisation de ces examens.

4. L'électromyographie est une étude à l'aide d'électrodes insérées dans un ou plusieurs muscles, des potentiels musculaires évoqués au repos, à la contraction minimale et à l'effort maximal, tel qu'observé par un appareil à acquisition digitale. On considère que chaque muscle étudié correspond à une unité.

5. L'étude de la conduction nerveuse peut porter indépendamment sur la conduction motrice ou la conduction sensitive d'un nerf donné comportant une interprétation de la vitesse de conduction ou de la latence de ce nerf et une analyse des modalités (amplitude ou durée) du potentiel évoqué. On considère que chacune des conductions correspond à une unité. L'étude des conductions du membre opposé pour fin de comparaison n'est pas considérée comme une unité.

Deux types de conduction sont donc possibles pour chaque nerf étudié, l'étude pouvant porter sur un ou plusieurs nerfs selon l'indication clinique.

On ne peut réclamer qu'une unité de conduction nerveuse motrice et qu'une unité de conduction nerveuse sensitive par nerf. On ne peut réclamer des unités de conduction supplémentaires pour les branches de division des nerfs des membres et de la face.

6. L'étude de la transmission neuromusculaire sommaire par détection visuelle consiste en une stimulation répétitive soutenue d'un nerf, le potentiel évoqué étant recueilli dans un muscle correspondant à plusieurs fréquences.

7. L'étude détaillée de la transmission neuromusculaire comporte une évaluation détaillée de la modification de l'amplitude de chacun des potentiels évoqués répétitifs recueillis avant et après tétanisation ou un exercice soutenu pour une période d'au moins deux (2) minutes après tel exercice.

Elle inclura le plus souvent des études de potentiels obtenus par des stimulations à diverses fréquences également. On considère que l'étude de la transmission correspond à une unité par nerf stimulé.

8. Le réflexe « H » est une analyse de la latence du potentiel tardif obtenu par stimulation antidromique d'un nerf. Elle inclura une étude du rapport des amplitudes du potentiel moteur et de ce potentiel tardif. Elle s'effectue généralement sur un ou deux nerfs. Le réflexe H correspond à une unité.

L'onde « F » obtenue par une variante de cette technique est rémunérée de la même façon. L'étude de l'onde F correspond à une unité.

9. Les réflexes trigémino-faciaux sont obtenus par stimulation du nerf sus-orbitaire d'un côté, le potentiel étant recueilli simultanément par des électrodes insérées dans les muscles orbiculaires près des yeux des deux côtés, cette manoeuvre étant répétée pour une stimulation contra-latérale du nerf sus-orbitaire selon les mêmes modalités. Les potentiels peuvent souvent aussi être recueillis au niveau d'autres muscles de la face dans cette même étude.

09411	Électromyographie de la fibre unique comprenant l'étude détaillée d'au moins 20 paires de potentiels avec mesures de variation interpotentielle	150,00	150,00
20248	Étude myoneurale courte, 5 unités et moins ou pour un diagnostic confirmé et principal de mononeuropathie isolée sauf pour une atteinte du médian Maximum 2 par patient, par an NOTE : S'applique aussi dans un contexte de dépistage pour engourdissement, et ce même si l'étude requiert plus de 5 unités et si l'examen ne démontre aucune anomalie cliniquement significative.	30,00	65,00
20249	Étude myoneurale pour diagnostic confirmé et principal de tunnel carpien uni ou bilatérale Maximum 2 par patient, par an	30,00	65,00

20250	Étude myoneurale longue, plus de 5 unités	60,00	95,00
20251	Étude myoneurale pour cas complexes de polynévrite non diabétique, polyradiculopathie, sclérose latérale amyotrophique, mononévrite multiple, plexopathie et toutes formes de maladies du neurone moteur.	90,00	125,00
	NOTE : La durée minimale de la technique réalisée par le médecin spécialiste au chevet du patient doit être supérieure à 30 minutes.		
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.</i>		
	NOTE : Les codes 20248, 20249, 20250 et 20251 sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés avec les codes 08925 et 00080.		
20252	Analyse électrophysiologique des troubles de mouvement incluant l'enregistrement multicanal d'électroencéphalogramme ou d'électromyogramme pour le diagnostic d'un trouble de mouvement (tremblement, dystonie, chorée, myoclonie, trouble fonctionnel) Maximum 1 par patient, par an	275,00	
	NOTE : Le médecin doit être présent physiquement lors de l'examen qui doit prendre un minimum de 2 heures.		
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.</i>		
	NOTE : Ne peut être facturé avec une visite de contrôle le même jour.		
	NOTE : N'est payable que pour les médecins classés en neurologie désignés par les parties négociantes.		
00358	Mesure du seuil thermique (ST) enregistré à partir de deux sites ipsi ou contra-latéraux. Les seuils pour la perception du chaud et du froid sont établis à chacun de ces sites. Stimulation avec un thermode	21,10	26,80
00378	Mesure du seuil de vibration enregistré à partir d'un index et d'un gros orteil. Les seuils pour la perception de la vibration sont déterminés à chacun de ces sites. Stimulation avec un vibromètre mécanique	12,65	16,10

00386	Réponses cutanées sympathiques (RCS) : stimulations du nerf médian avec enregistrement à partir de la main et du pied contra-latéral	8,45	10,55
20253	Test quantitatif du réflexe axonal sudomoteur pour évaluer la fonction sudomotrice sympathique post- ganglionnaire chez les patients atteints de dysfonction autonome Maximum 1 par patient par an NOTE : N'est payable que pour les médecins classés en neurologie désignés par les parties négociantes.	75,00	
00360	Étude détaillée de la transmission neuromusculaire comportant une analyse avant et après tétanisation ou exercice	47,50	61,20
00388	Étude du réflexe bulbo-caverneux ou bulbo-anal	27,00	
00366	Réflexes trigémino faciaux	25,35	32,70
00359	Étude électromyographique chez tout enfant de 14 ans ou moins, supplément	31,65	

Électrolyse

Supervision d'un traitement d'électrolyse

00352	par quart d'heure	17,85	17,85
	maximum par séance	71,40	71,40

AVIS : Inscrire la durée de la supervision.

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au
préalable par la Régie.

---- Électrolyse des cils : (voir appareil visuel)

Épilation au laser

Supervision d'un traitement d'épilation au laser, à la
face ou au cou, pour les cas d'hirsutisme secondaire à
un trouble endocrinien documenté, ou d'hypertrichose
secondaire à une tumeur cutanée sous-jacente, ou à

une greffe cutanée ou d'organes solides

20202	face, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	79,15	158,35	
20203	cou, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	39,60	79,15	
20204	Supervision d'un traitement d'épilation au laser pour les cas d'hypertrichose, secondaire à un sinus pilonidal, par séance Maximum 10 séances par patient, à vie	26,40	52,80	

NOTE : Une autorisation préalable de la Régie est
nécessaire pour facturer les codes 20202, 20203 et
20204.

Épistaxis

	tamponnement nasal			
20539	antérieur et postérieur	52,55	52,55	5
20540	tube gonflable	79,10	79,10	5
20541	par mèche et tampon rhinopharyngés	112,60		6

Épreuves de fonction respiratoire

(voir tarif de la médecine de laboratoire)

Épreuves et études (prélèvement, surveillance et interprétation)

00805	épreuve à l'amytal carotidien unilatérale	64,40		
00806	épreuve à l'angiotensine	10,55	12,65	
00842	épreuve à la bromocryptine	10,80		
00807	épreuve cétogène, épreuve au glucagon et hypoglycémie cétogène comprise	21,10		
00808	épreuve à l'héparine (PHLA)	22,15		
00660	épreuve à l'histamine	10,30	12,15	
00368	épreuve d'exercice ischémique	1,20	1,20	

00369	épreuve au bleu de méthylène pour recherche de fistule recto-vaginale occulte, incluant la recto-sigmoïdoscopie et la vaginoscopie	37,25	37,25	
	épreuve de Kveim (sarcoïdose)			
00687	sans biopsie	1,90	2,30	
00688	avec biopsie	12,55	15,30	
00810	épreuve de Pak	11,60	13,70	
00415	épreuve de traction cervicale graduée, sous surveillance médicale, incluant les visites au cours de l'épreuve	123,50		
09324	test au captopril pour la recherche de l'hypertension renovasculaire, comprenant les visites, la surveillance médicale et l'interprétation	37,15		
09325	épreuve à la clonidine	38,00		
00666	étude du taux de sécrétion d'aldostérone	10,80	10,80	
00667	étude du taux de sécrétion de COF	13,00	13,00	
00396	épreuve à la sécrétine (intestins)	24,50	24,50	
00395	épreuve à la fluorescéine (intestins)	23,95	23,95	
09326	étude dynamique intra-osseuse incluant la ponction, la prise de pression et l'angiographie	195,25		4
00397	épreuve à l'insuline (Hollander)	17,95	17,95	
00398	épreuve de stimulation gastrique maximale, surveillance et interprétation (histamine, pentagastrine, ou autre substance)	18,60	21,85	
00393	épreuve de provocation biliaire à la cholécystokinine	5,00	5,00	
00394	épreuve au Tensilon (incluant l'injection)	33,25	33,25	
20214	épreuve à la prostigmine pour éliminer myasténie (incluant l'injection)	95,00	95,00	4
20205	épreuve diagnostique de contact à la glace dans l'évaluation de la myasthénie	21,10	21,10	
00761	épreuve de tolérance au glucose (toutes doses) par voie orale ou intraveineuse (inclut la(les) mesure(s) de glucose prévue(s) au protocole)	10,55		
	NOTE : Le code 00761 ne peut être facturé par un médecin classé en médecine interne.			
20131	épreuve de tolérance au lactose par voie orale	10,55		

NOTE : Les codes 00761 et 20131 incluent l'élaboration et la mise à jour du protocole du centre de prélèvements, le support médical et l'interprétation/validation.

00399	technique d'électro-éjaculation pour patient avec lésions neurologiques incluant tous les services rendus à la même séance	319,40
00348	test respiratoire à hydrogène	17,80
09417	test à l'exercice physique (retard de croissance), incluant l'interprétation des épreuves sanguines	16,35
00711	test de stimulation endorphinique incluant les visites et la surveillance	114,00
20086	oxymétrie transcutanée uni ou multi sites et son interprétation, incluant au besoin pour le membre inférieur l'indice bras-cheville et l'indice orteil-bras par Doppler ou pléthysmographie et incluant au besoin pour toute partie du corps l'analyse artérielle Doppler avec provocation	45,10

Épreuves effectuées par un médecin endocrinologue, autres que celles déjà énumérées

00121	mise en place d'une pompe pulsatile au LH-RH dans l'hypogonadisme d'origine hypothalamique, incluant les visites des premières 48 heures, l'enseignement, le changement de cathéter et son exérèse	263,90	263,90	4
20132	initiation et vérification d'un traitement par une substance hormonale ou peptidique autre que l'insuline administrée par voie parentérale, sauf la voie transdermique NOTE : Le code 20132 peut être facturé une fois par patient, par médecin, par année civile.	42,20	42,20	

Examens vestibulaires

20133	Examen vestibulaire clinique complet (uni ou bilatéral) incluant le Dix-Hallpike	21,10	21,10
20134	manoeuvre thérapeutique de repositionnement vestibulaire (toutes techniques), supplément	26,40	26,40

Vestibulométrie (bilatérale) avec enregistrement et rapport

00738	calibrage, recherche du nystagmus spontané et étude du regard	12,60	22,75
00739	épreuves positionnelles	12,80	23,60
00740	épreuves de la poursuite	12,05	22,15
00405	épreuves caloriques (toutes les températures et toutes techniques)	12,80	23,60
00741	épreuves cervicales	12,80	23,60
00743	épreuves optocinétiques	12,80	23,60
00742	épreuves rotatoires (angulaires, pendulaires, cupulométrie) avec utilisation d'une chaise rotatoire	12,80	23,60

NOTE : Ne peuvent être facturés par un médecin classé en neurologie.

Extraction

00407	Extraction de bague, acte compliqué	42,20	42,20	4
00410	Extraction de fécalome volumineux (PG-28)	73,90	88,65	4
00791	Extraction d'un corps étranger des amygdales	35,05	35,05	4
20542	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx	58,40	58,40	4

Gastro-entérologie

Malgré la Règle 8 du Préambule général, si une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance, celle qui comporte l'honoraire le moins élevé est payable à 90 %.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Endoscopie haute et basse effectuée à la même séance.**

Endoscopie gastro-entérologique :

Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodénoscopie ou les trois :

00691	Diagnostique (PG-23) (PG-28)	79,85	79,85	4
20135	Diagnostique réalisée à la salle d'urgence, à l'unité des soins intensifs, à l'unité coronarienne, à l'unité de néonatalogie, à l'unité de traumatologie ou à l'unité des grands brûlés	100,25		5
20087	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	7,45	7,45	
20136	résection de la muqueuse par anse diathermique et succion à l'aide d'un capuchon transparent ou ligature élastique, supplément	131,95		2
20137	ablation de la muqueuse de Barrett à l'aide d'une sonde spécialisée et d'un générateur de radiofréquence, supplément	237,50		2
00874	avec dilatation de sténose par ballonnet ou bougirage ou extraction de corps étrangers ou exérèse d'un ou plusieurs polypes avec serre-noeud ou fulguration de la muqueuse ou injections de substances sclérosantes ou Botox ou Histoacryl ou ligature varicielle endoscopique ou coagulation ou « clip » de lésion hémorragique ou de lésion vasculaire, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	74,50	74,50	1
00562	dilatation d'une ou plusieurs sténoses, par ballonnet ou bougirage, effectuée sous fluoroscopie, supplément (PG-28)	99,75	99,75	2
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément (PG-23)	17,80	17,80	1
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une ou plusieurs, supplément	118,05	118,05	2
00390	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, temps endoscopique, supplément (PG-28)	85,20		1
00391	temps chirurgical effectué par un autre médecin spécialiste	58,95		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimentation entérale, supplément	17,80		
00548	mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne, supplément	61,40		2
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant	72,35		
20138	Étude de déglutition sous vidéoendoscopie à laquelle participe un orthophoniste, un ergothérapeute ou un diététiste	131,95		

20040	Oesophagoscopie rigide incluant la biopsie, le cas échéant (PG-23)	154,25		5
00877	exérèse de corps étranger par oesophagoscopie rigide, supplément (PG-23)	112,15		
	NOTE : Le code 00877 ne peut être facturé avec le code 00874 par le même médecin.			
09374	Cholédochoscopie trans fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	134,70		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastrosopie	180,95	180,95	6
20088	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	18,25	18,25	
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	87,15		
09337	Sphinctérotomie per-endoscopique avec ou sans extraction de calculs du cholédoque, cholangiographie rétrograde et/ou pancréatographie rétrograde et/ou perfusion transendoscopique rétrograde du cholédoque pour dissolution de calculs et/ou extraction rétrograde transendoscopique de calculs du cholédoque incluant la gastro-duodénoscopie inhérente à la technique (PG-28 pour chirurgien général seulement)	276,80		5
20089	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	29,65		
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses ou lithotripsie d'un ou plusieurs calculs biliaires à l'aide d'un appareil à lithotripsie mécanique endoscopique, supplément	95,80		1
	NOTE : Le code 00364 est facturable avec les codes 09374, 00692 et 09337.			
20090	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	9,80		

NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoïdoscopie.

Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :

00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	178,25	178,25	4
20091	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	22,65	22,65	
~~20030~~	~~si biopsie(s) de l'iléon par iléoscopie, supplément~~	~~28,15~~	~~28,15~~	
<del>AVIS : Le code de facturation ~~20030~~ est aboli à compter du 1^{er} avril 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.</del>				
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	104,50	104,50	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28)	67,60	67,60	4
20039	Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles	178,25	178,25	4
Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :				
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	43,10	43,10	4
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	41,45	41,45	5
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	58,95	58,95	
	chaque polype additionnel	15,10	15,10	
	maximum dix (10) polypes excisés			
<u>AVIS :</u> Inscrire le nombre de polypes.				
20092	patient de moins de 18 ans, supplément (pour gastro-entérologue seulement)	7,35	7,35	
20042	Coloscopie avec recherche de dysplasie dans les cas de maladies inflammatoires intestinales (MII), toutes techniques, incluant les biopsies	278,65	278,65	4
NOTE : Ce service médical inclut l'exploration de tout le cadre colique chez un patient porteur d'une maladie inflammatoire intestinale (MII) de plus de 10 ans d'évolution et elle doit s'accompagner d'au moins 8 biopsies pour chacun des segments examinés (droit,				

transverse, descendant, rectosigmoïde).

Toutefois, dans les cas où la chromoendoscopie est utilisée pour l'étude complète du colon, le nombre de biopsies peut être moindre.

00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie (colique ou iléale), supplément	17,80	17,80	
~~AVIS :~~ ~~À la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), le libellé du code de facturation 00750 est modifié de la façon suivante à compter du 1^{er} avril 2021 : Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie (colique ou iléale), supplément. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~				
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	58,95	58,95	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villositaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	118,05	118,05	2
20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	43,10	43,10	4
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation (PG-28)	17,00	17,00	4
00636	avec biopsie unique ou multiple (PG-28)	25,80	25,80	4
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie (PG-28)	60,50	60,50	4
	chaque polype additionnel	10,25	10,25	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	132,25	132,25	

AVIS : *Inscrire le nombre de polypes.*

20036	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney, Barron et Al, avec ou sans anoscopie, par séance	82,00	82,00	5
20037	si rectosigmoïdoscopie, supplément	16,70	16,70	
	Oesophage			
20093	lecture et interprétation d'un tracé de manométrie oesophagienne	29,05		
00626	études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures	79,85	79,85	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	42,60		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	123,65		
00571	pH oesophagien pour reflux	23,65	23,65	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesophagite (test de Bernstein)	21,45	21,45	
00563	cardiomyorrhexie	100,35	100,35	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (PG-28)	24,60	24,60	4
00574	supervision par jour	11,40	11,40	
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie transhépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	92,20		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet introduit par voie fémorale transcutanée, par voie jugulaire ou par voie sous-clavière	105,55		
	Cathétérisme sus-hépatique par voie trans-jugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	79,15		
00867	avec cholangiographie transhépatique transjugulaire	78,00		
00868	avec portographie transhépatique transjugulaire	126,65		

00869	avec oblitération de varices cardio-oesophagiennes par embolisation sélective	107,35	
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	116,35	
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	83,10	
20094	Lecture et interprétation d'un tracé de manométrie anorectale	28,80	
20038	Biofeedback du système anorectal, supervision de la technique et interprétation	69,20	
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I. C. G. (indocyanine green)	74,30	
00876	Shunt porto-cave intrahépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronc porte par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt	475,00	
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat)	79,85	
20139	Élastographie impulsionnelle à vibration contrôlée (Fibroscan) Maximum 1 fois par patient, par année civile	31,65	
	Exploration de l'intestin grêle à partir du ligament de Treitz jusqu'à la valvule iléo-caecale, à l'aide de la vidéo capsule endoscopique (Givens)		
20043	lecture et interprétation	168,60	168,60
	NOTE : L'acte codé 20043 est facturable une fois par année, par patient.		
	Entéroscopie par simple ou double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale		
20044	entre 50 cm et 100 cm	206,00	6
20045	plus de 100 cm	294,35	6
20046	biopsie unique ou multiple, supplément	17,65	

20047	exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément	47,00
	chaque polype additionnel	11,75
	maximum dix (10) polypes excisés	

AVIS : *Inscrire le nombre de polypes.*

20048	avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément	41,25

Hémofiltration

Hémofiltration veino-veineuse continue

20140	3 premiers jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	300,00
09382	3 premiers jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	221,65
20141	après 3 jours, par patient de moins de 18 ans, par jour	158,35
09383	après 3 jours, par patient de 18 ans ou plus, par jour	116,30
	Filtration plasmatique avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation	
09426	1 ^{er} jour	183,25
09427	2 ^e jour	91,65
09428	3 ^e jour	87,25
09429	par jour subséquent	45,85

AVIS : *Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.*

00844	Hyperalimentation parentérale permanente, soins du patient non hospitalisé, par mois (cet acte est réservé au seul médecin responsable de la mise en marche et du contrôle du traitement et comprend tous les services médicaux ou administratifs rendus par le médecin en rapport avec la pathologie en cause)	189,45		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	8,35		
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	171,85	194,00	6

00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	61,20	61,20	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	58,05	58,05	4

Injections

00430	injection de médicament ou de substance thérapeutique dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	14,90	17,85	
20095	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	3,70	4,45	
20142	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	21,10	29,15	
20143	injection(s) intralésionnelle(s) unique ou multiples de corticostéroïdes ou d'agents de chimiothérapie ou injections intramusculaires de corticostéroïdes ou de pénicilline pour maladies dermatologiques ou administration de vaccins	5,30	5,30	
20049	injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28)	29,25		
20050	si guidée par échographie ou EMG, supplément (PG-28) Maximum 1 par patient, par 4 mois pour les codes 20049 et 20050.	40,90		
20206	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales et de points gâchettes excluant la céphalée	26,40	26,40	
20144	injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhydrose palmo-plantaire, par paume ou par plante Maximum 4 séances par patient, par année civile	52,80	52,80	
<u>AVIS</u> : Voir la règle 8.5 du préambule général.				
20145	injections multiples bilatérales de toxine botulinique pour les personnes souffrant de migraines chroniques (plus de 15 jours, par mois) après échec à au moins 2 agents antimigraineux préventifs, minimum 18 injections, par séance	79,15	79,15	

20146	injections intramusculaires de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie crânienne (Blépharospasme ou Meige, dystonie de la mâchoire, dystonie des muscles faciaux, dystonie de la langue), dystonie cervicale ou de tics dystoniques	75,00	75,00	4
	injections intramusculaires de toxine botulinique pour le traitement de la spasticité ou dystonie des membres supérieurs ou inférieurs			
20255	traitement pour 3 muscles et moins avec repère anatomique seulement	75,00	75,00	4
20147	traitement pour 4 muscles et plus avec repère anatomique seulement	95,00	95,00	4
20254	Sous guidage d'électromyographie, échographique, d'électrostimulation, supplément	30,00	30,00	
	NOTE : Ne peut être facturé qu'avec les codes 20255 et 20147.			
20148	injections intramusculaires multiples de toxine botulinique pour myospasme des muscles masticatoires sous guidage électromyographique	158,35	158,35	4
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie.			
00554	injections unilatérales ou bilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial ou séquelles de paralysie faciale (PG-28)	75,00	75,00	
	NOTE : Les codes 20145, 20146, 20255, 20147 et 00554 sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par patient, par jour.			
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée (PG-28)	133,00	133,00	5
00431	injection de médicament ou de substance thérapeutique dans une bourse séreuse ou articulation ou les deux incluant aspiration préliminaire (maximum 3)	12,20	14,50	
	<u>AVIS</u> : Inscrire le nombre d'injections.			
20096	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	2,90	3,50	
20149	si technique réalisée sans assistance, supplément (pour rhumatologue seulement)	21,10	29,15	

00429	injection de médicament dans les cornets du nez	19,55	20,50	4
00437	injection hémostatique de l'espace ptérygo-maxillaire, uni ou bilatéral	31,95		4
00432	injection (incluant l'intubation et s'il y a lieu la laryngoscopie) de médicament par intubation trachéobronchique	31,65	31,65	
	injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
00816	cavernographie	10,30	12,15	
00466	hydrotubation gynécologique avec cortisone et novocaïne avec ou sans insufflation tubaire	38,00		
	NOTE : rémunérable uniquement à la suite d'une tuboplastie, dans tous les autres cas inclus dans l'acte associé			
00443	hystérosalpingographie	27,45	30,60	4
00463	méningo-encéphalographie à isotope par voie lombaire ou autre, injection dans le liquide céphalo-rachidien	28,60		
09459	injection de substance radioactive au niveau d'un circuit de dérivation ventriculo-péritonéal ou ventriculo-cardiaque	24,05		
00452	sinusographie (neurologie, neurochirurgie)	120,80	120,80	
00454	vasographie unilatérale ou bilatérale	38,80	45,10	4
00455	ventriculographie unilatérale avec trou de trépan	110,55	110,55	8
00456	ventriculographie unilatérale par trou existant	57,65	57,65	8
00464	Injection, une ou plusieurs, de substance sclérosante pour hémorroïdes	9,60	11,55	
	Injection de l'articulation temporo-mandibulaire			
00201	médication ou substance thérapeutique intra-articulaire	26,95	26,95	
00228	médication sclérosante	52,80	52,80	
00734	Supervision de l'administration de chimiothérapie	22,25	22,25	
	Injection intra-abdominale (chimiothérapie)			
00470	la première injection	34,95	34,95	

00472	chacune des injections subséquentes à la même séance	16,60	16,60

AVIS : Inscrire le nombre d'injections.

Injection intrapleurale (chimiothérapie)

00475	la première injection	52,80	52,80

00476	chacune des injections subséquentes à la même séance	26,40	26,40

AVIS : Inscrire le nombre d'injections.

00480	Injection intrathécale de médicaments (si injection de phénol ou d'alcool, la rémunération est doublée)	15,85	15,85	4

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Injection de phénol ou d'alcool.**

00777	Insertion d'un cathéter intra-osseux pour perfusion en situation d'urgence (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	42,80	

00558	Insertion, toutes méthodes, d'un cathéter percutané transabdominal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse (ne peut être facturé pour une ponction abdominale pour fins diagnostiques)	166,25	5

20176	I Initiation ou vérification du traitement par médication injectable (agents biologiques, anti- diabétiques autres que l'insuline, agents rémitifs injectables dans les cas de maladies inflammatoires intestinales et articulaires, agents de protection osseuse et autres immunomodulateurs), excluant l'insulinothérapie, la chimiothérapie ainsi que l'anticoagulothérapie (héparine à faible poids moléculaire) ainsi que l'antibiothérapie, pour patient vu en cabinet privé ou à la clinique externe seulement. Maximum de 4 par patient, par médecin, par année civile (pour spécialiste en médecine interne seulement)	42,20	42,20

Insufflation gazeuse

00497	pneumomédiastin	17,20	17,20

00500	pneumopéritoine (intrapéritonéal)	10,30	10,30

00501	pneumopéritoine (rétropéritonéal)	26,60	26,60

00505	pneumothorax thérapeutique amorce	17,45	17,45

00506	pneumothorax thérapeutique réinsufflation traitement de pneumothorax	12,25	12,25
00615	ponction évacuatrice (PG-28)	29,15	29,15
00616	aiguille et drainage continu (PG-28)	51,20	51,20

Laryngoscopie rigide avec ou sans biopsie du larynx

avec ou sans exérèse d'un corps étranger, sous anesthésie générale

00519	directe (PG-23) (PG-28)	75,45	4
00511	à suspension (PG-23)	109,45	5
00512	au microscope (PG-23)	146,75	5
00471	Évaluation nasopharyngoscopique de la fonction vélopharyngée avec enregistrement numérique, incluant la Manoeuvre de Muller	92,15	97,95

Bronchoscopie rigide incluant la laryngoscopie, la trachéoscopie, la biopsie et l'exérèse de tumeur, le cas échéant

00515	Bronchoscopie rigide incluant la biopsie (PG-23) (PG-28)	194,95	7
20207	si patient de moins de 16 ans, supplément		5
00516	avec extraction de corps étranger, supplément (PG-23)	174,60	1
20594	avec canulation de fistule trachéo-oesophagienne, supplément (PG-23)	169,80	1
20150	avec instillation de colorant pour recherche d'une fistule trachéo-oesophagienne, supplément	52,80	1
00878	avec cryothérapie ou électrocoagulation ou photocoagulation au laser, supplément	161,70	5
20151	avec thermoplastie bronchique, supplément	105,55	1
00879	fermeture d'une fistule broncho-pleurale par application d'une colle biologique, supplément	177,60	4
00880	contrôle d'hémorragie par insertion d'un cathéter type Fogarty dans une bronche, supplément	169,80	1

00881	installation d'une prothèse endotrachéale ou endobronchique, supplément	161,70		1
20016	dilatation de sténose bronchique ou trachéale par insufflation successive de ballonnet à pression croissante, supplément	161,70		3
00882	avec mise en place d'un ou de plusieurs cathéters de brachythérapie, supplément	105,55		1
	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie			
00547	chaque quart d'heure additionnel, supplément	36,85		
	<u>AVIS</u> : Inscrire la durée additionnelle de la procédure.			
00799	Trachéoscopie rigide (PG-23) (PG-28) NOTE : Le code 00799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.	125,95		4
20051	Changement de canule trachéale sauf pour patient porteur d'une laryngectomie totale	35,05	35,05	
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23) (PG-28)	154,05		5
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire)	10,80	12,65	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	20,95	20,95	
00523	Manipulations vertébrales	16,95	19,80	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques à l'exception de la cheville, sans anesthésie	13,30	15,40	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG-28)	128,05	128,05	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	48,45	58,05	

NEUROCHIRURGIE

	Drainage			
00600	lombaire continu (incluant la ponction lombaire) A8-1	155,15		5

00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	301,85		7
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps	360,00		12
00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	237,60		7
	Ponction sous-durale			
00664	unilatérale	47,55		
00665	bilatérale	67,35		
00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)	28,65	28,65	6
00668	Trépanation simple	108,70		8

NEUROLOGIE

20152	Étude de la réponse à la lévodopa, incluant au moins 2 examens UPDRS III (dont 1 en phase OFF et un en phase ON) chez un patient atteint de parkinsonisme	31,65	31,65	
	NOTE : Le code 20152 peut être facturé une fois par jour, par patient, pour un maximum de 3 fois par patient, par année civile.			
20256	Initiation d'un traitement par infusion de la maladie de Parkinson à un stade avancé , par patient, par jour, incluant les visites d'évaluations initiales pré et post installation de la pompe à infusion effectuées le même jour par le même médecin	150,00		
	NOTE : Chaque traitement peut être facturé jusqu'à un maximum de 6 jours consécutifs et ne peut être répété qu'une fois à au moins un mois d'intervalle par patient, à vie			
20537	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans la maladie de Parkinson, la dystonie, l'épilepsie ou tremblement essentiel après implantation d'une électrode cérébrale profonde	325,80	325,80	
	NOTE : Ne peut être facturé qu'une fois par patient, par 5 ans			

20208	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément	162,90	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie.		
20538	Ajustement subséquent du stimulateur intracérébral avec évaluation de la réponse clinique Maximum 12 par patient, par an	111,90	111,90
20209	si ajustement d'un stimulateur additionnel à la même séance, par stimulateur, supplément	79,15	
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie.		
	NOTE : Les codes 20537 et 20538 ne peuvent être facturés le même jour, pour le même patient.		
20153	Vérification des variables du stimulateur Maximum 2 fois par patient, par année	26,40	26,40
	Thrombolyse intraveineuse lors d'un accident vasculaire cérébral		
20258	mise en marche et surveillance au chevet du patient lors de l'administration de la médication thrombolytique, incluant les visites et les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance, à l'exception de la première visite et des codes 09403, 09404, 09405 et 20259 Maximum 1 par patient, par jour	150,00	
	NOTE : Le code 20258 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général.		
<u>AVIS</u> : Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.			
20259	ensemble de soins médicaux nécessaires lors d'une surveillance au chevet du patient pendant une thrombectomie à la suite d'un accident vasculaire cérébral aigu jugé instable, par 30 minutes Maximum 2 par patient, par jour	100,00	
	NOTE : Le code 20259 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général.		
	NOTE : Aucun procédé diagnostique et thérapeutique ni aucune visite ne peuvent être		

facturés à la même séance, par le même médecin, à l'exception de la première visite effectuée pour diagnostiquer l'accident vasculaire cérébral aigu et le code 20258.

20183	téléthrombolyse : assistance médicale par contact vidéo, avec le patient et le médecin au chevet, pour la prise de décision de procéder à la thrombolyse, ainsi que la disponibilité durant l'administration de la médication thrombolytique.	316,65	
	NOTE : Le code 20183 n'est pas soumis à la Règle 8.1 du Préambule général.		

AVIS : Inscrire le numéro du professionnel référant ou son prénom, son nom et sa profession.

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

AVIS : Voir la Règle d'application n° 4.

09300	Amniocentèse nécessitant le prélèvement de moins de 1 000 cc, incluant la visite à la même séance	105,55	105,55
20215	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1 000 cc et plus, incluant la visite à la même séance	211,10	211,10
00109	Amnioscopie	26,20	26,20

Biopsie (unique ou multiple)

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Biopsie non reliée à l'acte opératoire**.

00171	clitoris	38,00	38,00	4
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,90	9,50	4
00177	endomètre	34,05	36,85	4
00186	glande de Bartholin	15,40	18,25	4
00188	grande lèvre	16,70	19,85	4

00245	vagin ou vulve	23,75	28,50	4
	Biopsie/cytologie à l'aiguille, par voie transcutanée, sous guidage échoscopique, fluoroscopique ou scanographique			
	NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne sont pas payables si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.			
09467	ovaire	166,25		4
00354	Examen gynécologique sous anesthésie générale ou régionale avec ou sans biopsie, avec ou sans extraction de corps étranger incluant la visite faite le même jour	158,35		4
00817	Évaluation globale sous anesthésie générale ou régionale d'une patiente ayant un cancer gynécologique, avec ou sans biopsie, incluant la rectoscopie, la cystoscopie ou les deux	158,35		5
09329	Insertion d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	69,80	69,80	4
20154	Exérèse d'un dispositif intra-utérin hormonal ou non	26,40	26,40	4
20017	Installation d'un dilateur ou d'un pessaire	52,80	52,80	4
	NOTE : Maximum 6 par année, par patient			
00834	Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse	211,10		4
20052	Foetoscopie pour cautérisation au laser des anastomoses vasculaires dans les syndromes transfuseurs transfusés incluant la visite, l'échoguidance et l'amnioréduction	949,95		8
00861	Mise en place d'une sonde à demeure chez le fœtus, sous contrôle échoscopique	267,20		

Soins médicaux prodigués par un obstétricien-gynécologue dans un centre hospitalier de soins tertiaires, dans une unité mère-enfant, à la suite d'une chirurgie ex utéro intrapartum, par jour, par patiente :

Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents

20053	1 ^{er} jour (journée de la chirurgie ex utéro intrapartum)	316,65
20054	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	237,50
20055	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	105,55
20056	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	79,15

OPHTALMOLOGIE

NOTE : Selon la Règle 8.3 du Préambule général, les procédés diagnostiques et thérapeutiques multiples effectués au cours d'une même séance sont rémunérés à 75 %, sauf le code 20059 toujours payable à plein tarif.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **PDT multiple** sous la rubrique **OPHTALMOLOGIE** exécuté lors d'une même séance.

Oeil

(à moins de mention contraire, la prestation s'applique pour les deux yeux)

Biopsie (unique ou multiple)

AVIS : Pour les codes de facturation de la section Biopsie (unique ou multiple), utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**.

Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Biopsie non reliée à l'acte opératoire**.

00174	conjonctive, par oeil	65,25	65,25	4
00206	orbite, par oeil	81,25	81,25	4
00214	paupière ou sourcil, par oeil	21,65	26,20	4

AVIS : Pour les codes de facturation de la section Champ visuel, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit** ou **Intervention côté gauche**, sauf pour les codes de facturation **00513, 00514, 00623,**

00624, 00727 et 00728.

Champ visuel

périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (une seule variable)

- Tangent et Goldman

00513	interprétation seulement	13,05	13,05
00514	technique et interprétation	13,05	23,70

périphérique et/ou central avec enregistrement sur document permanent (plusieurs variables) incluant toutes méthodes de dépistage, soit par techniques statiques ou cinétiques

- Tangent et Goldman

- Octopus 03, 07, 24, 36, 44, 62, 64

- Humphrey « screening tests » ou « fast threshold »

- Topcon : « screening tests », « supra test », 2-level, 3-level

un oeil

00612	interprétation seulement	15,65	15,65
00613	technique et interprétation	15,65	26,35
	deux yeux		
00623	interprétation seulement	26,05	26,05
00624	technique et interprétation	26,05	41,50

statique, stratégie du seuil complet de tous les points (minimum 50 points)

- Octopus G-1, 38, 42, M1

- Humphrey « full threshold » 10-1, 10-2, 24-1, 24-2, 30-1, 30-2, Topcon : « threshold test »

un oeil

00649	interprétation seulement	15,65	15,65
00650	technique et interprétation	15,65	29,90
	deux yeux		
00727	interprétation seulement	26,05	26,05
00728	technique et interprétation	26,05	47,40

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.

00536	Électrorétinographie (technique complexe et interprétation)	59,55	59,55
00745	Électro-oculogramme (avec enregistrement sur document permanent)	36,95	40,90
00537	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de fluorescéine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	37,95	37,95
00520	Étude de la circulation intra-oculaire par injection intraveineuse de Vert d'Indocyanine, unilatérale ou bilatérale, incluant la rétinophotographie	59,25	59,25
00541	Examen complémentaire d'un patient avec déficience visuelle	106,75	106,75
Maximum 1 examen par 12 mois			
NOTE : Cet examen s'applique si la vision corrigée au moyen de lentilles conventionnelles est égale ou inférieure à 6/12 dans le meilleur œil et qu'il y a incapacité significative et persistante sur le plan visuel. Cet examen doit comprendre un questionnaire détaillé pertinent, l'examen incluant l'enregistrement de l'acuité visuelle à l'aide de systèmes optiques spéciaux ou d'appareils remplissant les mêmes fins, les recommandations et la prescription du traitement sous forme d'aides visuelles, si appropriée.			
00543	Gonioscopie	10,45	13,10
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.)	10,45	13,10
NOTE : cet acte ne peut être jumelé avec l'acte 00543.			
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)	17,90	21,45

00579	Bilan orthoptique :	42,20	50,65
	Interprétation ou enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotrie, d'amblyopie et du suivi postopératoire de strabisme (Minimum de trois (3) positions chez les patients de 6 ans et plus).		
	NOTE : Le minimum de 3 positions n'est pas requis pour les patients de moins de 6 ans.		
20257	Interprétation et enregistrement des mesures des déviations du regard, exclusivement dans les cas d'hétérotrie et d'amblyopie chez un patient de plus de 17 ans (minimum de trois (3) positions)	84,40	94,40
	NOTE : Le code 20257 ne peut être facturé dans les 90 jours suivant une chirurgie des muscles oculaires (codes 07210, 07211, 07212, 07213, 07279, 07283 et 07377).		
	NOTE : Le code 20257 n'est payable qu'aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes.		
	NOTE : La recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions, PPC et la mesure des déviations dans moins de trois positions est incluse dans le tarif de la visite de même que la mesure des hétérophories.		
	<u>AVIS</u> : Voir le plafonnement d'activités PA 17 Ophtalmologie sous l'onglet Règles d'application et plafonnements.		
	Biométrie optique		
20057	1 oeil	15,65	29,90
20058	2 yeux	26,05	47,40
00549	Recherche de la courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie)	23,50	28,70
00552	Tonographie avec ou sans épreuve spéciale	21,30	26,05
	Imagerie ophtalmique		

00553	Rétinophotographie : photographie faite pour documenter une condition du pôle postérieur en vue d'en assurer le suivi dans le temps NOTE : Le code 00553 ne s'applique pas pour les photos de dépistage ou de télédepistage.	10,00	16,95
20216	Interprétation des photos du fond d'œil pour le dépistage de la rétinopathie chez un patient diabétique dans le cadre du Protocole d'accord relatif au programme de dépistage de la rétinopathie diabétique Maximum 1 par patient par 12 mois NOTE : Le code 20216 est réservé à des médecins et à un programme de dépistage reconnu par les parties négociantes. Tomographie par cohérence optique (OCT), uni ou bilatérale	10,55	10,55
20099	Maladies rétinienne excluant les cas prévus par la Lettre d'entente n° 183 Maximum de 6 examens, par année civile	15,85	
20100	Nerf optique Maximum de 2 examens, par année civile	15,85	
20101	Segment antérieur Maximum de 2 examens, par année civile NOTE : Un seul de ces actes peut être facturé lors d'une même visite. NOTE : Le code 20099 et les codes 07035, 07036, 07037, 07056, 07057, 07058, 07059 et 07060 sont mutuellement exclusifs.	15,85	
20102	Tomographie rétinienne Heidelberg (HRT), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,85	
20103	Ophtalmoscopie confocale par balayage laser (GDx), uni ou bilatérale Maximum de 2 examens, par année civile	15,85	
00643	Thérapie photodynamique : traitement de membrane néovasculaire sous-rétinienne par laser après injection intraveineuse de vertéporfine (Visudyne) incluant la visite, le cas échéant.	178,65	476,35

NOTE : Le code 00643 est payable aux ophtalmologistes désignés par les parties négociantes qui justifient d'une formation particulière ou qui, au 1^{er} octobre 2004, avaient développé une compétence spécifique à cet égard.

Microscopie spéculaire

00577	étude endothéliale au microscope spéculaire ou photographie du segment antérieur à la lampe à fente, avec documents permanents	10,45	13,10

20059	Prélèvement d'ulcère infectieux de cornée avec ensemencement sur au moins 3 milieux de culture	106,75	106,75

AVIS : Voir la règle 8.3 du préambule général.

00819	Courbe de tension oculaire, incluant visites et tonométries répétées (minimum quatre)	118,65	118,65

00859	Test de provocation de glaucome à la chambre noire (45 à 60 minutes)	8,30	13,05

00827	Étude de ductions forcées sous anesthésie locale	65,50	65,50

09336	Tests aux collyres : instillation de gouttes de cocaïne, ou de pilocarpine 1/8 % ou 1 %, ou d'hydroxyamphétamine dans le but de déterminer l'étiologie d'une anisocorie	35,55	35,55

00860	Examen oculaire (funduscopie, rétinoscopie, tonométrie, mesure du diamètre cornéen et ductions forcées) sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour	262,00	6

20155	Examen oculaire sous anesthésie générale, non suivi d'un acte chirurgical le même jour, fait par un ophtalmologiste collaborateur à la demande du chirurgien traitant	174,15	6

NOTE : Les codes 00860 et 20155 ne peuvent être facturés avec une visite le même jour, par le même médecin, à l'exception du code 09168.

00744	Injection rétro-bulbaire thérapeutique, unilatérale	44,50	49,75	5

NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical au même oeil.

00486	Injection sous-conjonctivale, unilatérale	35,75	35,75	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un acte chirurgical, au même site.			
	<u>AVIS</u> : Pour les codes de facturation 00744 et 00486, utiliser l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.			
20217	Injection sous conjonctivale unilatérale d'agent antifibrotique	53,85	53,85	5
	<u>AVIS</u> : Utiliser l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.			
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet T, au même œil.			
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec le code 00486 au même œil.			
09356	Injection unilatérale de toxine botulinique dans les muscles extraoculaires ou le muscle orbiculaire, pour pathologie ophtalmologique avec trouble fonctionnel documenté, une ou plusieurs	65,25	78,25	4
	NOTE: Ne peut être facturé par un médecin classé en neurologie.			
	Injection de substance de contraste (incluant les tests de sensibilité à la substance injectée)			
00436	dacryocystographie, unilatérale	29,65	29,65	4
	Ponctions : (incluant injection s'il y a lieu)			
00607	Dépressurisation du globe oculaire par une pression sur une plaie cornéenne déjà présente (« burp »)	5,30	10,55	
00656	Paracentèse de la chambre antérieure par insertion d'une lame ou d'une aiguille en créant un nouveau site d'entrée pour diminuer la pression oculaire ou faire un prélèvement	63,00	63,00	
	NOTE : Les codes 00607 et 00656 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par jour, pour le même œil.			
	NOTE : Les codes 00607 et 00656 ne peuvent s'ajouter à un acte chirurgical le même jour, par le même médecin, pour le même œil.			

NOTE : Le code 00607 ne peut être facturé avec le code 00656 le même jour, pour le même oeil.

Oxygénation extracorporelle

Ces tarifs incluent tous les services médicaux effectués par le médecin spécialiste qui prend charge du patient.

00803	1 ^{er} temps Évaluation et préparation pour l'ECMO (intervenant médical)	463,70
00897	2 ^e temps Installation et mise en fonction du support extracorporel (intervenant médical)	529,85
00898	3 ^e temps Maintien du support extracorporel, par quart d'heure (intervenant médical)	34,80
<u>AVIS</u> : Inscrire la durée du maintien.		
00899	4 ^e temps Décanulation/cessation du support extracorporel (intervenant médical)	463,70

Hypothermie

20177	Emploi d'hypothermie modérée thérapeutique (< 35°C) post arrêt cardiorespiratoire	300,00

NOTE : L'acte codé 20177 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par jour, par centre hospitalier.

Pléthysmographie

Pléthysmographie par « Strain-Gauge » ou par impédance :

étude du flot artériel ou veineux des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs

09385	interprétation	10,50
09386	technique et interprétation	34,35

Oculopléthysmographie (2 yeux) (méthode de Gee ou Kartchner) :

09387	interprétation	11,10
09388	technique et interprétation	34,95

Photopléthysmographie :

Étude des flots avec enregistrement graphique :

flots supra-orbitaires :

09389	interprétation	10,55
09390	technique et interprétation	22,95

flots digitaux, un ou plusieurs doigts :

09391	interprétation	10,90
09392	technique et interprétation	22,95

mesure du reflux veineux bilatéral :

09393	interprétation	11,65
09394	technique et interprétation	29,75

Pneumopléthysmographie segmentaire :

Enregistrement du volume du pouls à au moins 4
niveaux des 2 membres supérieurs et/ou
enregistrement du volume du pouls à au moins 6
niveaux des 2 membres inférieurs et interprétation
du tracé au repos :

09395	interprétation	10,90
09396	technique et interprétation	34,95

à l'effort :

20218	interprétation	11,10
09397	technique et interprétation	34,35

Pneumopléthysmographie digitale, un ou plusieurs
doigts :

mesure du débit sanguin digital au repos avec
manoeuvre

09398	interprétation	10,90
09399	technique et interprétation	57,65

Capillaroscopie péri-unguéale, par séance :

00353	technique et interprétation	45,45

~~**AVIS :** À compter du 1^{er} mai 2021, à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), le code de facturation 00353 est limité à un examen par patient, par année civile. Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

NOTE : Le code 00353 est facturable une fois par patient, par année civile.

Pneumopléthysmographie pénienne

Pneumopléthysmographie pénienne, toutes techniques

00137	interprétation	10,55	
00138	technique et interprétation	56,85	

Phoniatry

Les actes énumérés dans la présente section sont payables aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie

09341	Sonographie	17,70	29,55
09342	Stroboscopie (tout type de stroboscope vocal)	90,15	95,20
NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre procédé diagnostique et thérapeutique lors de la même séance à l'exception du code 09343.			
09343	Rééducation individuelle ou de groupe (par demi-heure)	34,80	43,05

AVIS : Inscrire :

- la durée de la rééducation;
- le numéro d'assurance maladie de chaque personne.

00467	Test d'insufflation pour laryngectomisé (test de Taub)	33,65	37,10

Photodynamie

20060	Supervision d'une thérapie photodynamique pour le traitement des kératoses actiniques multiples (10 lésions et plus) sur un même site, des carcinomes spinocellulaires et basocellulaires	66,40	94,80

AVIS : Voir la Règle d'application n° 22

Photothérapie

00820	Supervision d'un traitement de photothérapie	4,95	19,30
20061	Supervision d'un traitement de photochimiothérapie	12,25	26,60

AVIS : Voir la Règle d'application n° 22.

Ponctions (incluant injection s'il y a lieu)

00582	abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques (PG-28)	11,60	11,60	4
	Administration de chimiothérapie incluant évacuation thérapeutique et prélèvement diagnostique :			
00583	première injection	33,25	33,25	
00603	chaque injection subséquente à la même séance	26,90	26,90	

AVIS : Inscrire le nombre d'injections.

00585	artérielle pour prélèvement sanguin ou pour mise en place d'un cathéter pour enregistrement de pression ou études physiologiques (PG-23) (PG-28)	41,00	41,00	
20156	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23)	52,80		
	NOTE : L'honoraire prévu pour la mise en place et le maintien d'un cathéter inclut la ponction de sang artériel dans le cathéter. Ne peut être facturé par un médecin classé en microbiologie ou en pneumologie.			
00253	Ponction articulaire ou de la bourse séreuse (PG-28)	14,90	14,90	4
00235	Drainage articulaire thérapeutique incluant prélèvement diagnostique, pour culture et/ou étude biochimique (PG-28)	57,00	76,75	4

20097	patient de moins de 18 ans, supplément (pour rhumatologue seulement)	14,25	19,20	
09402	Recherche de cristaux (pour rhumatologue seulement)	52,80	72,85	
00592	ganglion, un ou plusieurs (PG-28)	17,20	19,40	
00594	kyste mammaire lombaire	18,10	21,55	
00596	avec ou sans épreuve manométrique, (PG-23) (PG-28)	110,85	110,85	4
20595	si bénéficiaire de 14 ans ou moins, supplément (PG-23) (PG-28) avec ou sans épreuve manométrique, avec injection intrathécale de médicaments	52,80		
00593	bénéficiaire de 14 ans ou plus (PG-28)	160,00	160,00	4
00595	bénéficiaire de moins de 14 ans (PG-28)	190,60	190,60	4
00873	moelle épinière percutanée avec ou sans biopsie multiples ponctions aspiratrices de moelle osseuse pour transplantation médullaire	156,35		
20507	chez le donneur	421,00		5
<u>AVIS :</u> Le code de facturation 20507 est payable par la Régie même si le prélèvement ne vient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.				
20508	par autogreffe	421,00		5
00822	percutanée transtrachéale, aspiration unique ou multiple comprise (PG-28)	36,95		
00598	périnéale et insufflation gazeuse	27,20	27,20	4
09418	pleurale (PG-28)	68,60	68,60	4
20596	réservoir (dérivation ou Omayya) pour retrait de liquide céphalo-rachidien	58,75		8
00604	saignée NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en gastro-entérologie	10,50	12,60	
00605	splénique (aspiration et manométrie)	62,55	62,55	4

00751	veine fémorale ou jugulaire A8-1, (PG-23) (PG-28)	16,60	16,60
	NOTE : Ne peut être facturé par un médecin classé en néphrologie		
00611	vessie (PG-23) (PG-28)	52,80	52,80

Potentiels évoqués

Les potentiels évoqués auditifs sont payables aux spécialistes détenant un certificat en oto-rhino-laryngologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

Les potentiels évoqués cortical ou dorsal sont payables aux spécialistes détenant un certificat en neurologie ou en neurochirurgie.

Les potentiels évoqués visuels sont payables aux spécialistes détenant un certificat en ophtalmologie, en neurologie ou en électroencéphalographie.

	Audiométrie par potentiel évoqué auditif (patient de 6 ans ou moins)		
00158	interprétation	12,25	12,25
09423	interprétation et technique de procédé (PG-28)	49,50	57,30
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical et dorsal à partir de stimulation nerveuse périphérique (PG-23)		
00208	pour 2 membres	31,65	42,20
00209	pour 4 membres	58,05	79,15
	Enregistrement et interprétation de potentiel évoqué cortical à partir de stimulation nerveuse périphérique :		
00210	des nerfs trijumeaux (PG-23)	33,80	44,95
00216	des nerfs honteux (PG-23)	31,65	42,20
00509	Potentiels évoqués visuels (PG-28)	29,55	34,85
00145	Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (bilatéral)(PG-23) (PG-28)	47,65	64,65

NOTE : Les codes 00145, 00208, 00209, 00210, 00216 et 00509 exécutés lors d'une même séance ne sont pas sujets à la Règle 8.1 du Préambule général.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **PDT multiple** sous l'onglet **Potentiels évoqués** exécuté lors d'une même séance.

PSYCHIATRIE

20157	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans les cas de dépression majeure réfractaire, de trouble obsessionnel compulsif réfractaire et du syndrome de Tourette réfractaire après implantation d'une électrode cérébrale profonde	316,65	
20210	Programmation initiale du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	369,45	
20211	Programmation subséquente du stimulateur du nerf vague pour la dépression réfractaire	131,95	131,95

RADIOLOGIE

NOTE : Les services médicaux en rôle 1 de la section Radiologie sont rémunérés à 150 % du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un patient de moins de 10 ans, à l'exception du code 20235

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES INCLUANT, LE CAS ÉCHÉANT, LE CONTRÔLE FLUOROSCOPIQUE, ÉCHOGRAPHIQUE, TOMODENSITOMÉTRIQUE OU PAR IRM SAUF LORSQUE SPÉCIFIÉ AU TARIF

Angioplastie transluminale percutanée non coronarienne

Angioplastie transluminale percutanée, d'une ou plusieurs sténose(s) et/ou obstruction (s) complète(s) à un ou plusieurs sites (artère, veine, greffon ou autres) : sur un même membre ou sur un même viscère, au cours d'une même séance

09494	par ballonnet (PG-28)	398,25	10
09495	par athérectomie (PG-28)	338,40	10

09496	par ballonnet et athérectomie (PG-28)	467,05	10
09432	Installation d'une endoprothèse artérielle suite à ou au cours d'une intervention d'angioplastie transluminale percutanée, supplément	116,85	
09433	Utilisation du laser intravasculaire pour thrombolyse ou reperméabilisation, préalable à l'angioplastie transluminale percutanée, supplément	116,40	

NOTE : L'angioplastie transluminale percutanée comprend l'évaluation préopératoire du malade quant à la faisabilité de la technique, la prise en charge du malade pendant l'intervention, les manoeuvres de dilatation ou recanalisation (incluant la ponction ou l'artériotomie, l'introduction et la manipulation des guides et des cathéters non sélectifs et/ou sélectifs), la prise de tension (intra-artérielle, intraveineuse, etc.) et le calcul des gradients de pression pendant l'intervention, de même que la documentation angiographique de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. L'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. Toutefois, l'examen angiographique préalable à l'angioplastie et effectué le même jour n'est pas payable si ce même examen a été effectué au cours des 30 jours précédents.

Techniques d'embolisation artérielle ou veineuse (toutes techniques)

Périphérique (abdominale, thoracique, viscère ou membre)

09436	premier vaisseau nourricier cathétérisé	413,75	15
09437	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	206,90	
09438	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée autre que cervico-encéphalique, supplément	151,90	

Crânienne et spinale

09439	premier vaisseau nourricier cathétérisé	478,65	15

09440	vaisseau nourricier cathétérisé additionnel, un ou plusieurs, supplément	239,40
09441	Introduction et placement d'un ballonnet de protection dans une artère à destinée cervico-encéphalique, supplément	303,55
	L'embolisation artérielle ou veineuse comprend la ponction ou la dissection ou les deux, l'introduction et la mise en place du (des) cathéter(s), la documentation angiographique (technique et interprétation) de vérification lorsqu'elle est réalisée au cours de la même séance ou le même jour. Toutefois, l'examen angiographique qui aura précédé cet acte thérapeutique sera rémunéré au taux indiqué dans le tableau des examens angiographiques. On ne peut invoquer plus d'une séance d'embolisation dans la même cible artérielle durant une journée de 24 heures.	
	Cathétérismes non sélectifs, sélectifs ou supersélectifs	
	Pénétration d'un vaisseau sous fluoroscopie pour prélèvement sanguin, étude pharmacologique ou infusion de substance thérapeutique. Ne comportent pas en soi d'honoraires d'interprétation. Cependant, on doit retrouver dans le dossier médical du malade la mention de la technique mise en oeuvre. Ne peuvent être invoqués à l'occasion des actes comportant la démonstration angiographique des vaisseaux impliqués.	
09442	Cathétérisme d'un seul vaisseau	47,90
09443	Cathétérisme de plus d'un vaisseau (quel que soit le nombre de vaisseaux rejoints par la même voie d'entrée au cours de la même séance)	100,55
09444	Cathétérisme intracérébral, utilisant ou non la chambre à propulsion, incluant l'angiographie de positionnement et la mise en place d'une perfusion médicamenteuse	303,55

Cathétérisme veineux

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste

classé en radiologie, sauf si le code prévoit une tarification en unité de base anesthésiologique.

AVIS : La règle 15 de l'Addendum 4 - Radiologie diagnostique *ne s'applique pas lorsqu'un des codes de facturation de cathétérisme veineux est demandé.*

00764	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	163,50	
	Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant		
00789	patient de moins de 16 ans	105,35	
00790	patient de 16 ans ou plus	81,80	
00765	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	105,00	
00769	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	233,50	6
00770	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	27,75	
00768	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	146,00	
00766	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	134,35	
00772	Retrait d'un cathéter veineux tunnélisé avec ou sans réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec	87,60	4

ou sans fluoroscopie ou échographie

00482	Exérèse de l'appareillage de perfusion continue sans réservoir	66,60	4

Embolectomie

09446	Embolectomie ou thrombolyse endovasculaire, par cathéter transcutané	341,35	8

Extraction de corps étrangers

09447	Extraction par cathéter percutané de corps étranger intravasculaire (artériel ou veineux)	303,55	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	204,35	8

09355	Fermeture transcutanée de faux anévrisme artériel post-cathétérisme, toutes techniques incluant, le cas échéant, les visites et la surveillance le même jour et les techniques de contrôle de fermeture et, le cas échéant, la réparation des vaisseaux, toutes techniques	175,10	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	46,65	4

(ex. : thrombolyse par streptokinase ou autres)

maximum deux fois par 24 heures

AVIS : Indiquer l'heure de début du service.

NOTE : Ce service ne peut être facturé le jour de la mise en place du cathéter

Dénervation rénale

20212	Thérapie comprenant l'accès artériel, l'aortographie avec ou sans angiographie(s) rénale(s) de guidance, l'insertion des cathéters thérapeutiques, l'application bilatérale de la thérapie et l'angiographie de contrôle post-procédure	422,20	8

INTERVENTIONS PERCUTANÉES NON VASCULAIRES

20184	Évaluation d'un patient en vue d'une procédure interventionnelle avec rapport au dossier	72,40	

NOTE : Le code 20184 ne peut être facturé pour des interventions mammaires ainsi que pour des interventions neuro-squelettiques, à l'exception des codes 09461, 09462, 09463, 00835, 20597 ou 20074. De plus, il est facturable avec le code 04030.

NOTE : Cette évaluation ne peut être facturée le même jour que l'intervention pour le même patient.

NOTE : Le code 20184 ne peut être facturé avec les codes 09222 et 09299, pour le même patient, le même jour.

Cryochirurgie pour lésions intracrâniennes, intrathoraciques, intraabdominales ou rétropéritonéales (excluant les lésions musculo-squelettiques) avec appareil dédié

09497	temps radiologique	467,05	8
09498	temps chirurgical	593,60	8
09499	temps radiologique et chirurgical	633,30	8

Thermoablation tumorale (excluant la peau) avec appareil dédié, toute voie d'approche

09408	temps radiologique	467,05	8
09431	temps chirurgical	566,65	8
09359	temps radiologique et chirurgical	664,95	8
20062	Chimioablation de tumeurs	166,25	8

NOTE : Le code 20062 ne peut être facturé avec les codes 09359, 09408 ou 09431 à la même séance.

Interventions hépato-biliaires

00435	Cholangiographie transhépatique/transvésiculaire percutanée (PG-28)	110,85	110,85	4
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé 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	274,10		4
09450	drainage percutané transhépatique par cathéter de voies biliaires, incluant la surveillance quotidienne, les visites et la cholangiographie percutanée ainsi que la cathétérisation du duodénum, le cas échéant	413,75		4
09451	dilatation percutanée par ballonnet de rétrécissement(s) des voies biliaires, incluant la documentation radiographique de contrôle, supplément	116,85		
09452	mise en place d'un support endobiliaire (endoprothèse biliaire)	186,80		
09453	conversion d'un drainage externe en drainage interne (cathétérisme du duodénum dans une séance ultérieure)	93,40		
09454	Remplacement de cathéter	55,40		4
09455	Extraction/manipulation percutanée de calcul(s) biliaire(s) ou vésiculaire(s) par tube en T, lorsque cet acte est le seul effectué	134,35		5
00123	Procédure, par voie percutanée, de dissolution chimique de calculs des voies biliaires, incluant la ponction ainsi que la surveillance	242,75		4

Interventions digestives

09456	Gastrostomie percutanée	166,25		6

09457	Entérostomie (caecostomie) ou gastro-jéjunostomie percutanée	194,00		4
20063	Mise en place d'une prothèse oesophagienne, gastrique ou duodénale avec ou sans dilatation par cathéter ballonnet au préalable, toute technique incluant, le cas échéant, toutes les techniques endoscopiques et échoendoscopiques effectuées à la même séance	335,35		6
20064	Dilatation colique par cathéter ballonnet avec ou sans installation d'endoprothèse colique, toute technique incluant, le cas échéant, toutes les techniques endoscopiques et échoendoscopiques effectuées à la même séance	335,35		6

Interventions mammaires

AVIS : Pour les actes de la section Interventions mammaires, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche**.

NOTE : Maximum de 3 ponctions ou biopsies mammaires, kyste ou masse, par sein, par patient, par jour.

NOTE : Le cas échéant, le tarif de l'échographie mammaire, le tarif de la stéréotaxie, le tarif de l'IRM mammaire et le tarif de la mammographie s'ajoutent.

Ponction de kyste mammaire avec aspiration incluant, le cas échéant, l'injection d'air et/ou la mammographie après ponction

NOTE : Les codes 00848, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance**.

00847	un site	18,70	29,15	4
20219	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	16,85	26,25	

AVIS : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.

	site contra-latéral			
20220	un site	15,15	23,60	
20221	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	13,60	21,20	
<u>AVIS</u> : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.				
Ponction et/ou biopsie mammaire d'une masse palpable ou non palpable à l'aiguille fine (cyto-ponction) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant				
NOTE : Les codes 00847, 00849 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.				
<u>AVIS</u> : Utiliser l'élément de contexte Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance.				
00848	un site	46,65	81,80	4
20222	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	42,00	73,60	4
<u>AVIS</u> : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.				
	site contra-latéral			4
20065	un site	37,80	66,30	
20223	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	34,00	59,65	
<u>AVIS</u> : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.				
Biopsie au trocart (« core biopsy ») d'une masse palpable ou non palpable de la région mammaire (sein ou aisselle) avec prélèvement de carottes incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant				
NOTE : Les codes 00847, 00848 et 20068 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.				
<u>AVIS</u> : Utiliser l'élément de contexte Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance.				

00849	un site	128,45	175,10	4
00850	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	109,75	149,65	

AVIS : *Inscrire le nombre de sites additionnels.*

	site contra-latéral			
20066	un site	98,70	134,70	
20067	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	88,65	121,40	

AVIS : *Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.*

00851	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	29,15	58,35	

Mise en place d'une broche-guide (harpon) sous guidage échographique ou stéréotaxique incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement

NOTE : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent.

00852	première broche, par sein	121,70	228,60	4
00853	broche additionnelle dans un même sein, supplément	58,35	146,00	

NOTE : Maximum 3 broches par sein, par jour

AVIS : *Inscrire le nombre de broches additionnelles.*

Mise en place d'une bille radioactive, sous guidage mammographique ou échographique incluant, le cas échéant, la mammographie pour vérification de positionnement

NOTE : Le cas échéant, le tarif de la radiographie d'une pièce biopsique et le tarif de la biopsie préalable s'ajoutent.

00784	première bille radioactive, par sein	121,70	228,60	4
00785	bille radioactive additionnelle dans un même sein, supplément	58,35	146,00	4

NOTE : Maximum 2 billes radioactives par sein, par jour

Biopsie mammaire unilatérale avec appareil de macrobiopsie assistée par aspiration (mammothome) incluant la mammographie de contrôle, le même jour, le cas échéant

NOTE : Les codes 00847, 00848 et 00849 sont rémunérés à 90 % si effectués en contralatéral, à la même séance.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte Intervention mammaire effectuée en contralatéral à la même séance.

20068	un site	166,25	166,25	
20069	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	149,65	149,65	

AVIS : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.

	site contra-latéral			
20070	un site	149,65	149,65	
20071	par site additionnel du même côté (maximum 2 sites additionnels)	134,70	134,70	

AVIS : Inscrire le nombre de sites additionnels du même côté.

20029	mise en place d'un marqueur-guide, un ou plusieurs, supplément	29,15	58,35	
00855	Localisation d'une lésion sous échographie pour injection d'une substance traçante (radioactive ou non) en vue de localiser un ganglion sentinelle	70,10		4

NOTE : Maximum 1 par patient, par jour

Interventions urologiques ou endo-urologiques

09458	Néphrostomie percutanée, incluant les visites et l'injection de colorant	221,65		5
00416	Dilatation urétérale par néphrostomie incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et les visites	233,50		
20072	Changement de cathéter de néphrostomie	110,85		
00854	Mise en place d'un cathéter double J et/ou tube de drainage	110,85		

Interventions neuro-squelettiques

Blocs facettaires

(voir : Blocages nerveux, page C-9)

Discographie :

00438	1 niveau	134,00	134,00	4
00459	2 niveaux ou plus	128,75	145,65	4
20073	Provocation discale avec prise de pression au manomètre, par niveau, supplément	58,15	81,50	

AVIS : Inscrire le nombre de niveaux.

Injection de stéroïdes avec discographie, supplément

09460	1 niveau	35,05		
	par niveau additionnel	22,15		

AVIS : Inscrire le nombre de niveaux.

00894	Myélographie	52,55	52,55	5
09461	Discoïdectomie percutanée premier niveau	263,90		7

09462	2 niveaux ou plus	332,50	7
09463	Neurolyse percutanée à l'aiguille ou par cathéter ou les deux (plexus coeliaque ou mésentérique ou les deux)	122,70	
00835	Vertébroplastie percutanée incluant la ponction percutanée, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites premier niveau	350,30	7
20597	niveau additionnel, par niveau	183,90	
	NOTE : Maximum deux niveaux additionnels		
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le nombre de niveaux additionnels.</i>		
20074	Cyphoplastie incluant, le cas échéant, la ponction transpédiculaire, le curetage de l'os spongieux, le positionnement et le gonflement des ballonnets, l'injection de substance de contraste, l'injection de ciment et les visites	443,30	12

BIOPSIE/CYTOLOGIE À L'AIGUILLE, PAR VOIE TRANSCUTANÉE, SOUS GUIDAGE ÉCHOSCOPIQUE, FLUOROSCOPIQUE OU SCANOGRAPHIQUE

NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte. De plus, l'échographie ou la scanographie ne peuvent être facturées si elles ont été effectuées au cours des 30 jours précédents.

09464	thoracique	166,25	4
09465	abdominale	166,25	5
09466	hépatique	166,25	4
00229	rate	166,25	4
00252	rétropéritone (rein, pancréas, ganglions, surrénale)	166,25	6
09468	estomac	174,60	4
09469	intestin	158,35	4

osseuse :

00212	os	166,25		5
00247	vertèbre	166,25	166,25	4

**INFILTRATION DE MÉDICAMENT OU DE
SUBSTANCE THÉRAPEUTIQUE OU PONCTION OU
DRAINAGE (KYTE, ABCÈS OU AUTRE
COLLECTION LIQUIDIENNE OU AÉRIQUE OU
DÉPÔTS) PAR VOIE TRANSCUTANÉE, SOUS
GUIDAGE ÉCHOSCOPIQUE, FLUOROSCOPIQUE
OU SCANOGRAPHIQUE**

NOTE : La fluoroscopie est incluse dans le tarif de l'acte.
De plus, l'échographie ou la scanographie ne peuvent
être facturées si elles ont été effectuées au cours des 30
jours précédents.

00418	Aspiration de dépôts calcaires au niveau d'une bursite ou d'une tendinite calcifiée incluant l'injection médicamenteuse, le cas échéant	83,15	122,55	4

NOTE : Ce service médical ne peut être facturé le
même jour que la radiographie et/ou l'arthrographie
pratiquées au même site.

maladie de Dupuytren

20224	injection palmaire de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	216,30	216,30	6

20225	injection digitale de collagénases hydrolysant le collagène (PG 28)	267,40	267,40	6

kyste ou abcès profond :

00124	membre	66,50	88,65	4

00324	colonne ou paravertébral	116,85		6

00298	prothèse articulaire incluant le prélèvement diagnostique pour culture et/ou étude biochimique	58,35	81,80	4

00299	kyste rénal	69,85	69,85	4

00178	articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale	110,85	131,95	4

20235	composante technique pour contrôle fluoroscopique,	133,00		

supplément

NOTE: Pour médecins physiatres et cabinets
désignés seulement
(voir règle 42 du préambule général)

20598	injection unique ou multiple dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon incluant l'injection de substance de contraste et, le cas échéant, la ponction excluant les articulations coxo-fémorale, sacro-iliaque et facettaire	66,50	87,60	4

Mise en place d'un cathéter percutané

insertion, toute méthode, d'un cathéter percutané transpariétal, tout type, incluant les manipulations, les irrigations et l'exérèse

09472	thoracique, médiastinal ou abdominal	166,25		5
20075	pour drainage d'ascite	58,35	77,60	5
09474	pseudokyste pancréatique toute voie d'approche	110,85		

Implantation de marqueur(s)

00491	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage et/ou du traitement d'un organe ou d'une tumeur	38,80	112,65	4

INJECTION DE SUBSTANCE DE CONTRASTE

Cavernosographie :

09476	investigation de l'impuissance ou autre pathologie pénienne (incluant la ponction directe, l'opacification et la prise de clichés, l'étude débimétrique avec ou sans injection de papavérine intracaverneuse)	95,00		
00484	Néphrostographie, examen de vessie iléale	18,05	18,05	5
	NOTE : Si faite par l'urologue, l'injection est incluse dans la prestation de la visite ou du service associé.			

09477	Injection intraveineuse ou intramusculaire d'un modificateur physiologique, lors d'un examen radiologique du tube digestif supérieur, du grêle ou du côlon	5,90	6,95	
00442	Galactographie	24,50	24,50	
20076	Gorgée barytée modifiée examen effectué en présence du physiatre ou du radiologiste et d'un ou des membres du personnel de réadaptation. Il s'agit d'une analyse exhaustive de la déglutition avec un minimum de deux consistances barytées (liquide, pâte, solide)	77,60		
00444	Kyste mammaire incluant l'aspiration	17,75	17,75	
00462	Lymphographie incluant la dissection	40,00	40,00	4
09478	Ombilicoportographie incluant la dissection et la prise de clichés	101,30		
00155	Opacification des sinus paranasaux	7,10	7,10	
09479	Phlébographie par ponction osseuse	91,85		
00200	Pyélographie descendante ou rétrograde par voie d'urétérostomie	16,80	16,80	
	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	79,15	79,15	4

RADIO-ONCOLOGIE

L'Article 8.1 du Préambule général ne s'applique pas à la radio-oncologie, à la radiothérapie palliative et à la curiethérapie.

AVIS : Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement.

Utiliser la Facture de services médicaux - Médecins spécialistes.

L'identité de la personne assurée est obligatoire.

08501	Examen, sous anesthésie générale ou régionale, effectué par un radio-oncologue ou conjointement	52,80		4

	avec un médecin d'une autre discipline	
08502	Installation d'un tube nasogastrique, dans les cas de cancer des voies aérodigestives supérieures	31,65
08511	Évaluation et ajustement de la configuration des champs de radiation et de la collimation	98,25
08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie	232,05
08503	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	31,65
20158	Planification du traitement par radiations avec imagerie multimodalité	147,75
	NOTE : Le code 20158 ne peut être facturé avec le code 08565 à la même séance.	
20159	Planification d'un site de réirradiation comportant un risque de chevauchement de champ d'irradiation utilisé dans le passé	73,90
	NOTE : Le code 20159 ne peut être facturé plus d'une fois par patient, par trimestre.	
20160	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomодensitométrie en 4D incluant la synchronisation respiratoire, le cas échéant	211,10
	NOTE : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 20158, si effectué quinze jours avant ou après.	
	NOTE : Le code 20160 ne peut être facturé avec le code 08565, le même jour.	
08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité	54,40
08504	Radiothérapie avec modulation d'intensité par planification inverse	385,45
	NOTE : Le code 08504 et le code 08564 sont mutuellement exclusifs.	
08565	Fusion d'images	81,70
08554	Irradiation stéréotaxique, incluant la planification et les séances de traitement, par site tumoral	419,05
	Maximum 1 fois par patient, par site anatomique, par mois	
	Maximum 6 fois par patient à vie pour tous sites anatomiques	

NOTE : Le code 08554 ne peut être facturé avec les codes 08511, 08518, 08520 et 08553 à la même séance.

08555	~~Irradiation héli-corporelle incluant la planification et les séances de traitement~~	~~140,15~~

~~**AVIS :** Le code de facturation **08555** est aboli à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

08513	Traitement par isotopes métabolisés	34,75	4
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide	32,70	4
08515	Application de radio-isotope par plaque	27,45	5
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	999,55	
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	999,55	
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	28,10	
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques Maximum une fois par semaine, du lundi au dimanche, par patient, par site anatomique	18,75	
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie transcutanée)	95,95	
08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	55,95	4

RADIOTHÉRAPIE PALLIATIVE

08512	Soins médicaux à visée palliative, prodigués par un médecin spécialiste en radio-oncologie, par site anatomique	453,75
20161	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément	31,65

NOTE : Le code 08512 ne peut être facturé avec les codes 08511, 08518, 08519, 08520 et 08553, si effectué quinze jours avant ou après.

CURIETHERAPIE

08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle	44,85	
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomодensitométrie	62,70	
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :		
08524	bronches (PG-28)	84,45	6
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente) (PG-28)	100,25	5
08528	corps utérin (PG-28)	84,45	5
08541	vagin (cavité vaginale) (PG-28)	84,45	6
08544	voies biliaires (PG-28)	84,45	4
08556	oesophage (PG-28)	84,45	5
08557	cavité buccale (moulage) (PG-28)	60,15	5
08558	nasopharynx (PG-28)	84,45	5
08559	rectum (PG-28)	84,45	5
08560	anus (PG-28)	84,45	5
	Implant interstitiel de matériel guide temporaire :		
08523	anus (PG-28)	181,55	5
08525	cavité buccale excluant la langue (PG-28)	181,55	7
08526	cerveau (PG-28)	181,55	6
08529	ganglions (PG-28)	268,10	5
08530	hypopharynx (PG-28)	268,10	6
08531	langue, portion mobile (PG-28)	181,55	6
08532	lèvres (PG-28)	140,40	5
08533	médiastin (PG-28)	252,25	6

AVIS : Le code de facturation ~~08533~~ est aboli à compter du 1^{er} mai 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le

~~texte sera modifié ultérieurement par les parties
négociantes.~~

08534	oropharynx, incluant la base de la langue (PG-28)	268,10	6
08535	peau (PG-28)	97,10	5
08536	pénis (PG-28)	171,00	4
08537	rectum (PG-28)	268,10	5
08538	sein (PG-28)	97,10	6
08539	tissus conjonctifs après résection (PG-28)	181,55	4
08540	tissus conjonctifs sans résection (PG-28)	349,35	5
08542	vagin (paroi vaginale) (PG-28)	181,55	4
08543	vessie (PG-28)	181,55	4
08561	prostate (PG-28)	268,10	5
	Curiethérapie haut débit, branchement et surveillance d'un traitement		
08562	implant interstitiel	68,30	4
08563	implant endocavitaire ou plésiocuriethérapie	48,15	4
	Insertion de substance radioactive :		
08545	temporaire	53,70	4
08546	permanente	188,30	4
08547	Étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie	38,65	
08548	Retrait du matériel radioactif (PG-28)	42,55	
08549	Retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale	87,40	6
08550	Retrait du matériel d'implantation (PG-28)	53,70	
00637	Réfrigération gastrique par ballon avec réfrigérant circulant	61,95	61,95

RHINOSINUSOLOGIE

20081	Évaluation par un test standardisé de l'olfaction (épreuve portant sur 40 testeurs révélés par grattage et connue comme étant le test d'identification olfactive de Pittsburgh)	35,85	83,60
00733	Rhinomanométrie par pléthysmographie corporelle	23,85	4

00710	Rhinopharyngoscopie directe (rigide) avec ou sans biopsie sous anesthésie générale	98,10		5
00746	Rhinopharyngo-laryngoscopie endoscopique (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	31,95	42,70	4
20082	si biopsie unique ou multiple, supplément	28,70	28,70	1
	NOTE : Le code 00746 ne peut être facturé avec autre endoscopie des voies respiratoires supérieures et/ou digestives par le même médecin.			
20162	Microchirurgie laryngée endoscopique au laser, toutes techniques, incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques effectués à la même séance	263,90		6
	Sinus :			
00640	frontal, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	39,80	41,90	4
00641	maxillaire, lavage unilatéral (un ou plusieurs au cours de la même séance)	33,95	35,50	4
	<u>AVIS :</u> Pour les codes de facturation 00640 et 00641, utiliser l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.			
00627	Méatoscopie, unilatérale ou bilatérale	34,25	42,70	5
	NOTE : La méatoscopie per-opératoire ne peut être facturée qu'avec les codes chirurgicaux 03301, 03804 et 03806.			
	Nettoyage de la cavité ethmoïdienne pendant le premier mois postopératoire, incluant la méatoscopie			
00657	unilatéral	60,65		
00658	bilatéral	79,10		
00275	Thoracoscopie incluant, le cas échéant, biopsie, section d'adhérences et drainage thoracique	80,85	80,85	4
00276	Drainage thoracique fermé par pleurotomie (PG-28)	259,55		4
00277	pleurodèse, supplément (PG-28)	69,80		
20163	Installation d'un drain thoracique de type PleurX	209,30		4
20164	Retrait d'un drain thoracique de type PleurX	31,65		
	Traitement d'empyème			

00278	drainage par costectomie	178,35	5
00279	par fermeture de fenêtre thoracique	165,75	4

MÉDECINE HYPERBARE

NOTE : Les traitements en chambre hyperbare sont payables aux médecins spécialistes en médecine d'urgence ou en pneumologie désignés par les parties négociantes ou aux autres médecins spécialistes désignés par les parties négociantes. Les médecins spécialistes désignés doivent rencontrer l'un ou l'autre des critères suivants :

-Avoir complété une formation complémentaire reconnue en médecine hyperbare;

ou

-Exercer la médecine hyperbare depuis au moins trois ans et présenter un portfolio démontrant l'acquisition de compétences pertinentes durant la pratique;

ou

-Présenter un portfolio démontrant l'acquisition de connaissances et la réalisation de modules cliniques et de projets rattachés aux volets pertinents de la médecine hyperbare.

Pour être désigné, un médecin doit de plus détenir des privilèges spécifiques de pratique en médecine hyperbare dans un établissement désigné par les parties négociantes.

Traitement en chambre hyperbare (incluant, le cas échéant, la surveillance immédiate du patient après sa sortie de la chambre)

(le patient et le médecin sont dans la chambre)

00837	première heure	291,55	12
09346	pour chaque patient additionnel traité simultanément	83,80	
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	54,95	

AVIS : Inscrire la durée additionnelle du traitement.

09347	pour chaque patient additionnel traité simultanément	12,00	

AVIS : Inscrire la durée additionnelle du traitement.

surveillance :

(le patient est dans la chambre et le médecin est sur place ou à proximité immédiate de la chambre)

00839	première heure	168,75	12
09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément	49,25	
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	28,15	

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de surveillance.*

09349	pour chaque patient additionnel traité simultanément	6,95	

AVIS : *Inscrire la durée additionnelle de surveillance.*

Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec, des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la chambre hyperbare, rendus par le médecin responsable d'une chambre hyperbare

00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine	112,95	
00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié	168,90	

AVIS : *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

Traitements de physiothérapie

(Réadaptation physique)
donnés en cabinet

Les traitements de physiothérapie dont l'énumération suit, sont payés au tarif et suivant les conditions établies dans la Lettre d'entente n° 13. (Voir Brochure n° 1, Médecins Spécialistes, Annexe 11).

AVIS : *La tarification est de 17,20 \$ par traitement de physiothérapie.*

La prestation de ces actes exécutés lors d'une même séance n'est pas sujette à la règle 8.1 du préambule général.

Maximum de trois traitements par séance.

00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)		

00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674	exercices de rééducation, respiration
00675	hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677	ultrasons
00678	ultraviolet

Transfusion

00647	Exsanguino-transfusion (chacune)	165,60

Transplantation d'organes

00414	Stabilisation et maintien d'un donneur potentiel en vue d'une greffe d'organes, incluant les visites, par donneur, par établissement, par jour	874,20
20178	Si décès cardiocirculatoire programmé avant mort cérébrale, supplément	316,65
00698	Rencontre d'information d'un donneur potentiel en vue d'une greffe rénale, par receveur (réservé aux néphrologues)	349,05
00694	Préparation du prélèvement pancréatique d'un donneur cadavérique pour transplantation d'ilots, toutes techniques	409,65
00696	Ensemble des activités faites par un chirurgien général dans l'établissement receveur, par patient, entourant la préparation de donneurs d'organes ou d'un receveur de greffe de foie, à l'exclusion du prélèvement ou de la greffe	113,20

AVIS : Les codes de facturation **00414, 00694, 00696, 00698 et 20178** sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et

l'adresse du donneur.

Soins médicaux prodigués par un gastro-entérologue ou un interniste ou un pédiatre dans une unité d'hépatologie à la suite d'une transplantation hépatique, par jour, par patient :

Honoraire global incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques y afférents

09377	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	354,05
09378	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	265,60
09379	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	118,05
09380	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	88,55
09381	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (honoraire global)	2 428,30

Thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet pré et postopéra- toire :

09489	rénale	509,35
09490	hépatique	509,35
09491	pancréatique	559,45
00767	pulmonaire ou cardio-pulmonaire	559,45

NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des codes 00771, 00773, 00774, 00775, 00776, 09377, 09378, 09379, 09380, 09381, 20165, 20166, 20167, 20168, 20169, 20170, 20171, 20172 et 20173.

00763	Soins médicaux prodigués par un cardiologue incluant la thérapie immunosuppressive en préparation d'une transplantation cardiaque imminente Maximum 1 par patient, par épisode de soins Soins médicaux prodigués par un cardiologue à la suite d'une transplantation cardiaque, par jour, par patient : Honoraire global de visites incluant la thérapie immunosuppressive	610,80

20213	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 251,20
09350	2 ^e au 15 ^e jour (par jour)	347,20

Soins médicaux prodigués par un néphrologue à la suite d'une transplantation rénale, par jour, par patient :

Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de moins de 18 ans

20165	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	2 374,90
20166	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	475,00
20167	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	316,65
20168	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	237,50
20169	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	197,90
20170	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global)	7 045,45
20171	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global)	2 968,60

Honoraire global incluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques y afférents, mais excluant l'hémodialyse, pour patient de 18 ans et plus

00771	1 ^{er} jour (journée de la greffe)	1 745,15
00773	2 ^e au 5 ^e jour (par jour)	349,05
00774	6 ^e au 10 ^e jour (par jour)	232,70
00775	11 ^e au 15 ^e jour (par jour)	174,55
20172	16 ^e au 30 ^e jour (par jour)	131,95
00776	1 ^{er} au 15 ^e jour inclus (Honoraire global)	5 177,30
20173	16 ^e au 30 ^e jour inclus (Honoraire global)	1 979,05

Urologie

NOTE : Le procédé diagnostique ou thérapeutique identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre acte diagnostique ou thérapeutique ou aucune autre chirurgie, par le même médecin ou un médecin de même spécialité, à la même séance. Seul l'honoraire d'une visite peut s'ajouter, s'il y a lieu.

00721	Réduction manuelle de paraphimosis sous anesthésie régionale (épidurale, caudale ou rachidienne) ou générale, toute technique « I » (PG-28)	211,10		4
00725	Traitement médical du priapisme (érection de plus de 4 heures) par injections médicamenteuses ou aspirations ou les deux « I »	78,75	78,75	5

00154	Mise en place par trocart d'un cathéter vésical par voie sus-pubienne (PG-28)	64,30	64,30	4
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie régionale ou générale « I »	71,85		4

A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales

NOTE : Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations urétéro-rénales peut être facturé à la fois dans une même séance.

Toutefois, lors d'un même acte pour une intervention bilatérale, le deuxième côté est rémunéré à 50%.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **PDT multiple** exécuté lors d'une même séance.

00325	Supervision du traitement de tumeurs vésicales ou de la cystite interstitielle incluant l'injection par cathétérisme vésical de substance médicamenteuse, unique ou multiple, le cas échéant, par jour	34,20	34,20	5
00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile « I » (PG-28)	63,35	63,35	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)	53,70	53,70	5
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale « I »	82,70		4
00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre, toute technique	18,25	18,25	5
00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)	227,20		5

B) Endoscopies et manipulations urétéro-rénales

NOTE : Un seul code de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations uréthro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance.

Toutefois, lors d'un même acte pour une intervention bilatérale, le deuxième côté est rémunéré à 50%.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte PDT multiple exécuté lors d'une même séance.

Utiliser l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.

00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour	31,65	31,65	5
	Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant :			
00319	pour fins diagnostiques	85,50	85,50	5
00372	pour fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J	211,10	211,10	5
00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale	263,90		
00374	Urétéroscopie ou urétérorénoscopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu	415,85		5

C) Urodynamie

NOTE : Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.

00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale (par un urologue seulement) : technique ou interprétation ou les deux	34,20	34,20	5
09358	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	22,80		4
09357	Mesure des pressions intrapyéliques ou urétéro-vésicales ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	52,80		5

Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez l'enfant de moins de 16 ans) et la débimétrie, avec ou sans EMG

00375	technique et/ou interprétation	59,00	59,00	4
00622	Enregistrement vidéofluoroscopique comprenant une étude urodynamique devant inclure : la cystométrie, l'étude pression-débit, l'enregistrement des pressions abdominales et de fuite à l'effort (ou profil urétral), avec ou sans électromyographie du plancher pelvien, technique et interprétation	199,50		

D) Procréation assistée

Mesures transitoires - Services médicaux maintenus sous certaines conditions et non assurés depuis le 10 novembre 2015 sauf pour les personnes assurées admissibles aux mesures transitoires et finales prévues par la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée

00496	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (PESA-TESE) (pour urologue seulement)	949,95	2 005,45	5
00499	Prélèvement épидидymaire ou testiculaire de spermatozoïdes sous microscope dans le but d'une fertilisation in vitro dans le cadre de la procréation assistée (MESA-MicroTESE) (pour urologue seulement)	1 688,80	3 060,95	8

Services médicaux assurés depuis le 10 novembre 2015

20080	Prélèvement épидидymaire percutané ou prélèvement testiculaire de spermatozoïdes dans le cadre de la préservation de la fertilité (PESA-TESE) (pour urologue seulement)	949,95	2 005,45	5
20175	Prélèvement épидидymaire ou prélèvement testiculaire des spermatozoïdes sous microscope dans le cadre de la préservation de la fertilité (MESA-microTESE) (pour urologue seulement)	1 688,80	3 060,95	8

D - ANESTHÉSIOLOGIE

ADDENDUM 8. - ANESTHÉSIOLOGIE

INTERPRÉTATION

Cet addendum régit la tarification de l'anesthésiologie.

On entend par les termes :

Anesthésie : tout type d'anesthésie, sans égard au procédé utilisé, sauf l'anesthésie locale (y compris le bloc inter-digital et le bloc paracervical).

Intervention : une chirurgie, une procédure diagnostique ou thérapeutique de même que tout autre acte exécuté avec le concours d'un médecin anesthésiologiste.

Intervention principale : l'intervention pour laquelle le tarif alloue le plus grand nombre d'unités de base, lorsque plusieurs interventions sont pratiquées chez un même malade pendant une même anesthésie.

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une anesthésie est un honoraire global : sont compris tous les soins que le médecin anesthésiologiste donne au malade pendant la durée de l'anesthésie, la visite pré-anesthésique ainsi que les visites de contrôle dans les 24 heures suivant l'anesthésie.

Sont exclues les évaluations préopératoires effectuées dans une clinique d'évaluation préopératoire désignée (services médicaux codés 15485, 15486, 15487, 15600, 15601 et 15602).

De plus, sont exclus les procédés identifiés par la mention A8-1 ainsi que ceux pour lesquels ce tarif prévoit un supplément d'unités de base. Ceux-ci sont alors payables selon la tarification et le taux applicables au début de l'anesthésie.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Procédé identifié A8-1 réclamé en plus de l'intervention principale.*

Les procédures nouvelles sont payées suivant le tarif agréé par les parties, sauf celles qu'elles déterminent.

1.2 Le médecin qui exécute une intervention qui requiert une anesthésie ne peut réclamer le paiement de l'honoraire de l'anesthésie s'il réclame également le paiement de l'honoraire de l'intervention.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement de ses honoraires de visite.

On lui accorde l'honoraire d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, conformément aux règles de tarification prévues au Préambule général.

AVIS : *Voir la règle 5 du préambule général.*

RÈGLE 3.

MODE DE CALCUL DE L'HONORAIRE D'ANESTHÉSIE

3.1 On calcule l'honoraire d'une anesthésie en additionnant deux composantes que l'on obtient en multipliant par leur tarif unitaire respectif : pour l'une, les unités de base; et pour l'autre, la somme des unités de durée.

Les unités de base sont établies au tarif en regard de chaque intervention.

Les unités de durée correspondent au temps que le médecin anesthésiologiste consacre au soin du malade; on les calcule conformément aux règles de ce préambule.

RÈGLE 4.

DURÉE

4.1 La durée d'une anesthésie correspond au temps pendant lequel le médecin anesthésiologiste a charge du malade.

4.2 L'anesthésie débute lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction; elle prend fin lorsque le médecin anesthésiologiste en confie la surveillance au personnel de la salle de réveil.

4.3 On calcule la durée d'une anesthésie par période de quinze minutes.

On alloue : une unité de durée, pour chacune des huit premières périodes; deux unités de durée, pour chaque période additionnelle; et trois unités de durée, pour la vingtième période et chacune des suivantes.

On compte comme une période, le dernier temps d'une anesthésie, même s'il ne dure pas quinze minutes.

RÈGLE 5.

INTERRUPTION DE L'ANESTHÉSIE

5.1 Le médecin anesthésiologiste a droit au paiement des unités de base, lorsqu'en raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue.

Il a, en outre, droit aux unités de durée pour le temps qu'il a consacré au soin du malade.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **En raison d'une complication, l'intervention ne peut être entreprise ou est interrompue.**

RÈGLE 6

PROCÉDURE DIAGNOSTIQUE

PRÉ-CHIRURGICALE

6.1 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter aux unités de base d'une chirurgie, celles prévues pour un procédé diagnostique pré-chirurgical auquel il concourt lorsque le tarif de ce procédé est de 4 unités de base ou plus.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **PDT pré-chirurgical de 4 unités ou plus.**

RÈGLE 7.

INTERVENTIONS MULTIPLES

7.1 Lorsque plusieurs interventions sont pratiquées pendant la même séance, le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale et aux unités de durée.

RÈGLE 8

ANESTHÉSIOLOGISTE COLLABORATEUR

8.1 On accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur la moitié des unités de base de l'intervention principale, maximum 4, pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.

En outre, il a droit aux unités de durée correspondant au temps qu'il consacre au soin du malade; on applique à cet égard, la règle 3.

Cette modification prend effet au 1^{er} septembre 1988.

RÈGLE 9.

REMPLACEMENT EN COURS D'INTERVENTION

9.1 Le médecin anesthésiologiste qui est remplacé au cours d'une anesthésie, a droit aux unités de base ainsi qu'aux unités de durée correspondant au temps qu'il a consacré au soin du malade.

AVIS : *Pour le médecin anesthésiologiste qui est remplacé, indiquer l'heure de début et l'heure de fin du temps consacré au soin du malade.*

Celui qui le remplace, n'a droit qu'aux unités de durée subséquentes : on calcule ces unités, en tenant compte des périodes que le premier médecin anesthésiologiste a consacré au soin du malade.

AVIS : Pour le médecin anesthésiologiste remplaçant, indiquer :

- l'heure de début et l'heure de fin du temps consacré au soin du malade;
- l'élément de contexte **Remplaçant au cours d'une anesthésie** (cet élément de contexte s'applique à l'ensemble de la facture);
- la date et l'heure de début de l'intervention commencée par le premier médecin anesthésiologiste.
- Inscrire uniquement les services pour lesquels le remplacement est requis sur la facture.

RÈGLE 10.

PARTICIPATION

10.1 Le médecin anesthésiologiste qui, en raison de la complexité d'une intervention ou des risques qu'elle comporte, doit demeurer au chevet du malade pendant qu'on la pratique, sans qu'il y ait anesthésie, a droit au paiement des unités de base et des unités de durée.

RÈGLE 11.

ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

11.1 Sous réserve de la règle 11.2, un médecin anesthésiologiste est rémunéré à 1 % du tarif pour une anesthésie qu'il entreprend pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité, sauf s'il s'agit d'une procédure obstétricale ou d'une urgence grave.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Anesthésie simultanée ou Anesthésie simultanée pour une urgence grave (règle 11 - Add. 8).**

11.2 Le médecin anesthésiologiste peut ajouter un supplément d'unités aux unités de base d'une intervention chirurgicale pour l'anesthésie régionale effectuée dans un but d'analgésie pré ou post-opératoire, lorsqu'elle est entreprise par l'anesthésiologiste dans une salle autre que celle où l'intervention chirurgicale a lieu, dans l'attente de la disponibilité de la salle d'opération, ou pendant qu'une autre anesthésie est en cours sous sa responsabilité;

Nonobstant ce qui précède, les techniques suivantes ne permettent pas l'ajout de ce supplément :

- anesthésie locale
- infiltration de plaie
- anesthésie rachidienne
- anesthésie épidurale en injection unique
- anesthésie épidurale continue avec installation d'un cathéter retiré le même jour

Le supplément est de 6 unités (code 41008). Il ne peut toutefois être réclamé entre 7 h et 8 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. Le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie régionale visée ci-dessus n'est pas comptabilisé dans les unités de temps de l'anesthésie.

RÈGLE 12.

MAJORATION D'HONORAIRES POUR CERTAINS SERVICES OU DURANT CERTAINES PÉRIODES

12.1 Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 29 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'Accord-cadre pour les interventions suivantes effectuées entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

- Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.
- Les services médicaux codés 00901, 00927, 00939, 00991, 04516, 08329, 09403, 09404, 09405, 41040, 41051, 41023 et 41024,

sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29 et où le forfait de prise en charge d'unité s'applique.

AVIS : ~~La règle 12.1 est modifiée en retirant entre 7 h et 8 h à compter du 1^{er} février 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

12.2 Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de ses unités de durée lorsque la prestation de travail en centre hospitalier coïncide avec les périodes suivantes :

i. Une majoration de 70 % entre 7 h et minuit, le samedi, le dimanche et les jours fériés, et entre 19 h et minuit les autres jours. Toutefois, pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, cette dernière période est plutôt entre 21 h et minuit les autres jours.

ii. Une majoration de 150 % entre minuit et 7 h, tous les jours.

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

RÈGLE 13.

MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE

13.1 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur.

13.2 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41.

13.3 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 70 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur ni aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu à l'annexe 41.

RÈGLE 14. ABROGÉE en date du 29 mars 2021 par la MODIFICATION 94

MAJORATION DES UNITÉS DE BASE

14.1 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41033**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient de 18 ans et plus dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à 40. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie.**

AVIS : *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

14.2 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41034**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en position ventrale. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41, ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie.**

14.3 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41035**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), lorsque dispensés à un patient en provenance des soins intensifs, des soins coronariens ou des soins néonataux. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie.**

14.4 En anesthésiologie, un supplément de 3 d'unités (code **41036**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient nécessitant au moins 10 culots globulaires

per-opératoires ou chez les patients de moins de 18 ans nécessitant une transfusion $\geq$ à 50 cc par kilo. Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie**.

14.5 En anesthésiologie, un supplément de 4 unités (code **41037**) s'applique sur tous les services médicaux qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (Rôle 2), lorsque dispensés à un patient en isolement (SARM, ERV, Clostridium difficile, etc.). Ce supplément ne s'applique pas aux services médicaux dispensés dans un centre de traitement de la douleur chronique reconnu en vertu de l'annexe 41 ni aux services médicaux apparaissant sous les rubriques **Anesthésie et traitement de la douleur, Inhalothérapie, Soins spéciaux et Soins de ventilation de l'onglet D - Anesthésiologie**.

RÈGLE 15.

ANESTHÉSIE EN DOULEUR CHRONIQUE

15.1 L'évaluation et la prise en charge d'un patient avec douleur chronique se font pour le suivi d'un plan de traitement d'un patient sur référence d'un centre de douleur chronique désigné à l'Annexe 41 ou pour un patient dont la situation ne demande pas l'expertise et l'ensemble des ressources offertes en centre de douleur chronique désigné à l'Annexe 41.

15.2 Les services médicaux visés par la présente règle sont ceux apparaissant sous la rubrique **Anesthésie en douleur chronique de l'onglet D – Anesthésiologie**. Ces services médicaux ne sont payables qu'en établissement seulement.

15.3 Le médecin qui réclame le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucun rôle 2 ou rôle 3 durant la même séance.

15.4 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut réclamer aucune autre visite ou consultation le même jour pour le même patient.

15.5 Le médecin réclamant le paiement d'un des actes de cette section ne peut facturer aucun acte de la rubrique **Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques de l'onglet C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques** le même jour pour le même patient.

15.7 La majoration d'honoraires prévue à la règle 14 du Préambule général ne s'applique pas aux services médicaux visés à la présente règle.

15.8 Sont considérées comme des procédures majeures : le bloc facettaire, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé, ainsi que l'injection dans l'espace épidural, quels que soient la technique utilisée ou le niveau visé.

15.9 Sont considérées comme des procédures mineures : les blocs veineux, les blocs nerveux (incluant les blocs sympathiques, les blocs de nerf périphérique, de ganglion ou de plexus, ainsi que les blocs sous-arachnoïdiens (intrathécal)).

R = 1 R = 2

ANESTHÉSIOLOGIE

NOTE : Dans cette section, un astérisque suivant le nombre d'unités de base indique qu'il faut y ajouter les unités de durée (*=+D).

VALEUR DE L'UNITÉ 17,34

AVIS : Pour la facturation d'un service rendu en rôle 2 ou 3, l'heure exacte de début et de fin du service doit être indiquée **en tout temps**.

Pour les services pour lesquels les unités de durée ne sont pas payables, inscrire l'heure réelle de début et de fin du service.

Dans le cas d'un supplément, inscrire la même heure de début que celle du service pour lequel le supplément est facturé. Inscrire la même heure de fin que de début.

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUCCALE

00925	Curetage sous-gingival	5*
----	Extraction dentaire simple	(voir système digestif)
00904	Résection de racine dentaire	5*
00905	Obturation dentaire	6*
00918	Pulpectomie	5*
00919	Traitement de canal dentaire	5*
00960	Extension des replis muqueux	5*
00961	Abaissement total du plancher de la bouche	8*
00962	Implantation de prothèse dentaire	5*
00963	Alvéoloplastie	5*
00964	Alvéolectomie	5*
00966	Ablation de tissu hyperplasique	5*
00967	Alvéolite	5*
00968	Fracture alvéolaire	5*
00969	Immobilisation de dents ébranlées par traumatisme	5*
00970	Ablation de torus	5*
00906	Un acte de chirurgie dentaire administré au cabinet du dentiste ou du médecin où il n'y a pas d'appareil d'anesthésie et de réanimation en permanence donne droit aux unités de durée seulement.	
	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle)	
00920	dans le tissu osseux ou dans le tissu mou sous anesthésie	5*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	5*

	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux	
00924	avec ou sans appareil de traction	5*
	Maxillectomie	
00930	partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*
	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)	
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux	5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)	5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)	5*
	Intervention sur le trijumeau	
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau	6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau pour fins diagnostiques (une ou plusieurs non suivies d'un acte chirurgical dans la même séance)	4*
	Repositionnement ou diminution de la symphyse mentonnière (comprenant la myotomie)	
00957	repositionnement bilatéral	10*
00959	diminution	8*

ANESTHÉSIE RÉGIONALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

	Anesthésie régionale pour chirurgie de l'oeil (rétrobulbaire, bloc facial)	
00907	sans la présence d'un anesthésiologiste	40,30
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	20,15

NOTE : Cet acte remplace le rôle 2 et le rôle 3 pour l'ophtalmologiste.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR CHIRURGIE DE L'OEIL

41010 Anesthésie générale avec intubation endotrachéale pour chirurgie de la cataracte 6*

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Accouchement ou période du travail, ou les deux

00921 sous anesthésie générale 9

00910 sous anesthésie régionale par injection unique 9

00911 sous anesthésie régionale continue par insertion de cathéter ou injections multiples ou infusion par pompe, ou les trois et, incluant l'analgésie post-accouchement par voies naturelles pratiquée par injection de narcotique ou autres analgésiques à travers le cathéter 12

NOTE : Le code 00911 ne peut être facturé avec les codes 41038, 41039, 41044 et 41049 à la même séance.

NOTE :

- Si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne ou une prise en charge anesthésique au bloc opératoire deviennent nécessaires, l'honoraire des codes 06912 ou 06913 ou 41038, s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la patiente au bloc opératoire pour effectuer l'induction ou débiter la surveillance.

- Une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.

41038 Prise en charge par un anesthésiologiste, au bloc opératoire, d'une patiente chez qui on planifie un accouchement vaginal ou une procédure obstétricale en salle d'opération plutôt qu'en salle d'accouchement, en raison d'un risque accru de césarienne d'urgence 6*

NOTE : Le code 41038 ne peut être facturé avec les codes 00911, 06912 ou 06913 à la même séance.

41007 Prise en charge du nouveau-né par un anesthésiologiste lors d'une chirurgie ex utéro intrapartum 18*

AVIS : *Inscrire les renseignements relatifs à la mère.*

ANESTHÉSIE ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR

AVIS : Pour la facturation d'un service en rôle 2 ou 3, l'heure exacte de début et de fin du service doit être indiquée **en tout temps**.

Pour la prise en charge, inscrire l'heure réelle de début et de fin du service.

Anesthésie en douleur aigüe et/ou post-opératoire

NOTE : les actes de la présente section sont mutuellement exclusifs et ne peuvent être facturés simultanément pour le même patient à la même séance.

Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections

41039	1 ^{er} jour A8-1		2
41040	par jour subséquent	21,10	
41041	par jour subséquent le week-end (honoraires majorés selon l'application de la Règle 15 du Préambule général)	30,60	
41042	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière	10,55	
41043	par jour subséquent le weekend, si suivi assuré par l'infirmière (honoraires majorés selon l'application de la Règle 15 du Préambule général)	15,30	
41044	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie, chez un patient hospitalisé, par injection unique de morphine ou d'hydromorphone par voie rachidienne ou épidurale, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1.		2

AVIS : Pour les codes de facturation **41039**, **41040**, **41041**, **41042**, **41043** et **41044**, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.

Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, chez un patient de moins de 18 ans, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures, le cas échéant A8-1

Les blocs nerveux admissibles sont:

41045	- bloc ilio-inguinal échoguidé		
	- bloc dans le plan du transversus abdominus («TAP») échoguidé		5
	- bloc du muscle droit échoguidé		
	- bloc pénien		
	- bloc pudendal		
	- bloc paravertébral		
	- bloc du nerf trigéminal (ou de l'une de ses branches)		

NOTE : Les actes codés 41045 et 41008 sont mutuellement exclusifs.

41046	Prise en charge par l'anesthésiologiste de l'analgésie par bloc nerveux en injection unique, plexique (plexus brachial, plexus lombosacré, plexus cervical superficiel et profond, plexus coélique ou plexus hypogastrique supérieur), sciatique, fémoral ou caudal, incluant les visites effectuées dans les premières 24 heures A8-1	4
41047	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1	3
	NOTE : Le code 41047 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.	
41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastomérique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections A8-1	6
41048	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1	3
	NOTE : Le code 41048 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.	
41049	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie post-opératoire ou traitement de la douleur aiguë par bloc continu nerveux (nerf périphérique ou plexus nerveux), neuraxial (péridural ou caudal), paravertébral ou intrapleurale, avec installation d'un cathéter, incluant les visites, la surveillance, l'enseignement au patient et les injections 1 ^{er} jour A8-1	6
	<u>AVIS</u> : Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.	
41050	supplément chez un patient de moins de 18 ans lorsque fait en salle d'opération A8-1	3
	NOTE : Le code 41050 ne peut être majoré selon les dispositions relatives aux règles 13.1 et 13.2 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie.	
41051	par jour subséquent	36,95
41052	par jour subséquent le week-end (honoraires majorés selon l'application de la Règle 15 du Préambule général)	61,20
41053	par jour subséquent, si suivi assuré par l'infirmière	18,45
41054	par jour subséquent le week-end, si suivi assuré par l'infirmière (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	30,60

AVIS : Pour les codes de facturation **41051**, **41052**, **41053** et **41054**, inscrire la date d'entrée au centre hospitalier.

Anesthésie en douleur chronique

NOTE : Pour la section Anesthésie en douleur chronique, se référer à la Règle 15 de l'Addendum 8.

NOTE : Le maximum total pour la combinaison des codes 41055 et 41058 est de 7 actes par demi-journée.

41055	Évaluation et prise en charge d'un patient avec une douleur chronique, minimum de 30 minutes Maximum 1 évaluation par patient, par médecin, par 12 mois	52,80

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

41056	si procédure mineure effectuée à la même séance, supplément	13,20
41057	si procédure majeure effectuée à la même séance, supplément	26,40

NOTE : un seul supplément par patient, par jour

41058	Visite de suivi en douleur chronique, minimum de 15 minutes Maximum 4 visites par patient, par médecin, par 12 mois	26,40

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin.*

41059	si procédure mineure ou majeure effectuée à la même séance, supplément	13,20

NOTE : un seul supplément par patient, par jour

Anesthésie en soins palliatifs

41012	Analgesie peridurale avec cathéter pour contrôle de la douleur	266,00	4*
41013	Analgesie peridurale avec cathéter tunnalisé pour contrôle de la douleur	266,00	6*
41014	Analgesie rachidienne avec cathéter tunnalisé pour contrôle de la douleur	266,00	6*
41015	Insertion sous-arachnoïdienne d'un cathéter type Port-a-Cath incluant le bloc	500,30	6*
41016	Insertion d'un cathéter pour bloc plexique continu incluant le bloc	114,00	4*
41017	Bloc du ganglion impar	52,80	4*
41018	Bloc du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	215,30	6*
41019	Neurolyse du ganglion impar	126,65	4*
41020	Neurolyse du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	424,30	6*
41021	Neurolyse médullaire cervicale	424,30	6*
41022	Neurolyse médullaire thoracique, lombaire ou sacrée	424,30	6*
41023	Visite de suivi, par jour	50,65	

AVIS : Voir la règle 5.7 du préambule général.

41028 Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général) 86,55

NOTE : Les codes 41023 ou 41028 sont applicables sur les codes 41012, 41013, 41014, 41015 ou 41016 et ils incluent l'ajustement des paramètres de perfusion et la surveillance, le cas échéant.

41024 Visite de suivi, par jour 25,35

41025 Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général). 43,30

AVIS : Pour les codes de facturation **41023**, **41024**, **41025** et **41028**, inscrire l'heure de début du service.

AVIS : Pour les codes de facturation **41024** et **41025**, voir la règle 5.7 du préambule général.

NOTE : Les codes 41024 ou 41025 sont applicables sur les codes 41017, 41018, 41019, 41020, 41021 ou 41022.

Autres

00939 Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère 95,00

INHALOTHÉRAPIE

00984 Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins 7

NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec le code 15120.

SOINS SPÉCIAUX

Cathétérisme veineux

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS : Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1, sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code de facturation correspondant au supplément A8-1 concerné.

Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.

00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	190,00	
00987	supplément A8-1		9
Insertion d'un cathéter dans la veine cave par abord sous-clavier ou jugulaire, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant			
00902	patient de moins de 16 ans (PG-28)	147,75	4*
00993	supplément A8-1		5
00903	patient de 16 ans ou plus (PG-28)	116,10	4*
00994	supplément A8-1		3
00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents	147,75	4*
00995	supplément A8-1		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	263,90	6
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	33,80	
00922	Mise en place d'un cathéter veineux permanent par voie percutanée incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	168,90	
00946	Mise en place par voie rétrograde et maintien dans la veine jugulaire interne d'un cathéter destiné à mesurer, en continu ou à l'aide de prélèvements répétés, la saturation en oxygène du sang veineux en provenance de la circulation cérébrale, chez un patient présentant une condition cérébrale critique, incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	153,05	
00996	supplément A8-1		7
00992	Retrait d'un cathéter veineux permanent avec réservoir incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, la dissection du trajet sous-cutané avec ou sans fluoroscopie ou échographie	91,40	

SOINS DE VENTILATION

Niveau I

Soins de ventilation de base sous la responsabilité du médecin spécialiste (v. g. polioencéphalite, traumatismes thoraciques, soins de support postopératoires de la ventilation, autres qu'à la salle de réveil, etc.) incluant, le cas échéant, la surveillance, l'administration de bronchodilatateurs et de stéroïdes en aérosol, la ventilation à ratio inversé, l'hypercarbie permissive, la ventilation à pression contrôlée, la ventilation à poumon ouvert (open lung ventilation), la ventilation en décubitus ventral, l'administration de surfactant et la ventilation de l'espace mort

00928	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	58,40	1*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00927	Contrôle subséquent, par visite	16,60	
	maximum par jour	66,40	
41029	Contrôle subséquent le week-end, par visite	26,40	
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	105,60	
	NOTE : Les codes 00927 ou 41029 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		

Niveau II

Soins de ventilation présentant un degré de complexité accrue sous la responsabilité du médecin spécialiste incluant, le cas échéant, la surveillance, la ventilation aux halogènes pour status asthmaticus, la ventilation à haute fréquence (60 par minute ou plus), la ventilation différentielle avec diviseur trachéal, l'oxygénation à l'aide d'un oxygénateur extracorporel à membrane (ECMO), l'administration thérapeutique de vasodilatateurs pulmonaires par inhalation (monoxyde d'azote, prostaglandines), la ventilation liquide partielle

00990	Installation de l'équipement de ventilation (la valeur de durée de l'acte se calcule depuis le début de la mise en marche du traitement)	115,10	4*
	NOTE : La réanimation ne peut être facturée en même temps que ce service médical.		
00991	Contrôle subséquent, par visite	12,65	

	maximum par jour	75,90
41030	Contrôle subséquent le week-end, par visite	22,60
	maximum par jour le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	135,60
NOTE : Les codes 00991 ou 41030 ne peuvent être jumelés le même jour par le même médecin avec une autre visite de contrôle. Ne peuvent être facturés par un médecin classé en microbiologie.		
00912	Intubation oro ou nasotrachéale à l'aide d'un bronchoscope à fibre optique pour une pathologie rendant impossible la mobilisation de la colonne cervicale ou l'ouverture de la bouche, notamment une fracture de la colonne cervicale, des malformations, etc. A8-1	10
00940	Intubation endo-bronchique avec un tube ou bloqueur bronchique en utilisant le bronchoscope flexible chez un patient où une isolation pulmonaire est indiquée A8-1	8
<u>AVIS</u> : Soins de ventilation mécanique assistée dans une unité de soins intensifs (voir l'article 6 de l'annexe 29)		
00900	Avec prise en charge de l'unité, par jour, par patient	78,00
<u>AVIS</u> : Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, veuillez vous référer à la règle 14 du préambule général et à l'article 5.2 de l'annexe 29.		

COEUR-POUMON ARTIFICIEL

	Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie, le nombre d'unités de base pour cette anesthésie, incluant l'utilisation du coeur-poumon artificiel, ne peut être inférieur à 18.	18*
<u>AVIS</u> : Utiliser l'élément de contexte Utilisation du coeur-poumon artificiel au cours d'une anesthésie.		

TRANSPLANTATIONS

00932	Dans les cas de transplantations d'organes nécessitant le maintien des fonctions vitales du donneur, le nombre d'unités de base	12*

DIVERS

00981	Anesthésie pour angioradiologie	6*
00982	Anesthésie pour échographie cardiaque transoesophagienne	6*
00954	Anesthésie pour électroconvulsothérapie	4*
00986	Anesthésie générale pour blocage diagnostique et thérapeutique d'un nerf majeur	4*
00958	Anesthésie générale pour épiglottite	10*
00971	Anesthésie pour extraction d'un drain, tampon ou mèche de drainage à la suite d'une intervention chirurgicale	4*
00972	Anesthésie pour ablation de points de suture	4*
00974	Tamponnement nasal antérieur	4*
00975	anesthésie pour tomographie par ordinateur peu importe le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	7*
00973	Anesthésie pour imagerie par résonance magnétique quel que soit le nombre d'examens faits au cours de la même anesthésie	10*
	anesthésie pour examen ophtalmologique :	
00955	sans intubation	5*
00956	avec intubation	5*
00976	anesthésie pour examen sous anesthésie générale	4*
00977	anesthésie pour circulation assistée	8*
00978	anesthésie pour greffe, ou shunt externe pour dérivation temporaire	8*
00979	anesthésie pour homogreffe pour remplacement au système cardiovasculaire	7*
41031	anesthésie pour traitement en radio-oncologie chez un patient de moins de 18 ans	10*
00983	anesthésie pour télécobalthérapie	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 : Indiquer la date d'entrée au centre hospitalier.

41032 Présence de l'anesthésiologiste en salle d'opération pour monitoring et constatation du décès cardiocirculatoire chez un donneur d'organes avant une mort cérébrale (Programme DDC) « I »

4*

NOTE : Le code 41032 identifié par la mention « I » représente un service médical isolé qui ne peut être combiné à aucun autre service médical, à la même séance.

AVIS : Le code de facturation **41032** est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, inscrire le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'adresse du donneur.

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES UNITÉS DE DURÉE

Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée	Durée en 1/4 d'heure	Unités de durée
1	1	51	126
2	2	52	129
3	3	53	132
4	4	54	135
5	5	55	138
6	6	56	141
7	7	57	144
8	8	58	147
9	10	59	150
10	12	60	153
11	14	61	156
12	16	62	159
13	18	63	162
14	20	64	165
15	22	65	168
16	24	66	171
17	26	67	174
18	28	68	177
19	30	69	180
20	33	70	183

21	36	71	186
22	39	72	189
23	42	73	192
24	45	74	195
25	48	75	198
26	51	76	201
27	54	77	204
28	57	78	207
29	60	79	210
30	63	79	213
31	66	81	216
32	69	82	219
33	72	83	222
34	75	84	225
35	78	85	228
36	81	86	231
37	84	87	234
38	87	88	237
39	90	89	240
40	93	90	243
41	96	91	246
42	99	92	249
43	102	93	252
44	105	94	255
45	108	95	258
46	111	96	261
47	114	97	264
48	117	98	267
49	120	99	270
50	123	100	273

E - CHIRURGIE

ADDENDUM 4 - CHIRURGIE

RÈGLE 1.

HONORAIRE GLOBAL

1.1 L'honoraire d'une chirurgie est un honoraire global.

Sont compris dans la tarification d'une chirurgie les soins per-opératoires ainsi que certaines visites.

Ce tarif prévoit des dérogations, notamment quant aux procédés diagnostiques et thérapeutiques et aux patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs. Il prévoit aussi le paiement d'honoraires additionnels pour les chirurgies effectuées au cours de certaines heures durant la journée.

RÈGLE 2.

VISITES

2.1 Le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite, sauf disposition contraire.

En pré-opératoire, on lui accorde l'honoraire de la visite principale ou de la visite de contrôle, suivant les règles de tarification prévues au Préambule général.

AVIS : Voir la règle 5 du préambule général ainsi que la Règle d'application n° 7.

En post-opératoire, c'est le tarif de la visite de contrôle.

2.2 Il n'y a pas d'honoraire de visite le jour de l'intervention.

A titre d'exception, le chirurgien a droit au paiement de ses honoraires de visite s'il s'agit d'un patient traité d'urgence et dont il a pris charge le même jour.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence** ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG**.

Les honoraires de visite sont payés le jour d'une chirurgie dont le tarif est de 66,50 \$ ou moins. Aux fins de l'application de cette règle, on ne tient pas compte du frais de plateau technique payable en vertu de la Règle 41 du Préambule général.

La Régie honore les relevés d'honoraires présentés depuis le 1^{er} juin 1987 et qui sont conformes aux dispositions de la présente clause.

2.3 Certaines visites postopératoires sont comprises dans l'honoraire de la chirurgie dont le tarif est de plus de 66,50 \$: sous réserve des exceptions suivantes, ce sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé, au cours des quinze premiers jours de l'intervention.

Pour le médecin classé en obstétrique, en gynécologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie, les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention.

Pour le médecin classé en chirurgie générale ou en ophtalmologie, seule la visite postopératoire du premier jour suivant l'intervention est comprise dans l'honoraire de la chirurgie.

Sauf pour le médecin classé en chirurgie générale, pour les chirurgies du système digestif, du système respiratoire (section Poumons et plèvre) et du système cardiaque (section Appareil vasculaire non thoracique), les visites postopératoires comprises dans l'honoraire de la chirurgie sont celles qui sont rendues au chevet du malade hospitalisé au cours des trois (3) jours suivant celui de l'intervention. Toutefois, lorsque le médecin réclame les honoraires de plus d'un procédé chirurgical touchant plus d'un système, cette règle ne s'applique que si l'honoraire de la chirurgie du système digestif, du système respiratoire (section Poumons et plèvre) et du système cardiaque (section Appareil vasculaire non thoracique) est le plus élevé.

Dans une unité de soins intensifs, le médecin classé en chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, en chirurgie générale, en

chirurgie vasculaire, en neurochirurgie, en obstétrique, en gynécologie et en obstétrique-gynécologie, a droit au paiement des visites de contrôle postopératoires; le médecin qui confie le malade aux soins d'un autre médecin de la même discipline n'a pas droit au paiement de ces visites.

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie ou en ophtalmologie, le médecin a droit au paiement des visites de suivi aux soins intensifs suite à une chirurgie. La visite de suivi aux soins intensifs est la visite que le médecin oto-rhino-laryngologiste ou le médecin ophtalmologiste effectue auprès de son patient admis dans une unité de soins intensifs suite à une chirurgie.

RÉDACTION D'UN RAPPORT DE CONSULTATION

2.4 Le chirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion, a droit au paiement d'un supplément pour la rédaction de son rapport.

Ce supplément est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et s'ajoute au tarif de la visite principale.

AVIS : *Utiliser les codes de facturation relatifs à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet B – Tarification des visites.*

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTRADISCIPLINAIRE

2.5 Un supplément de consultation intradisciplinaire est accordé, pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un chirurgien de sa discipline pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation intradisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS : *Utiliser les codes de facturation relatifs à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet B – Tarification des visites.*

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION INTERDISCIPLINAIRE

2.6 Un supplément de consultation interdisciplinaire est accordé pour les disciplines mentionnées aux tableaux d'honoraires, au chirurgien auquel un malade est dirigé par un médecin spécialiste d'une autre discipline, pour un motif de complexité inhabituelle.

Le supplément de consultation interdisciplinaire est accordé selon le tarif prévu aux tableaux d'honoraires et il s'ajoute au tarif de la visite principale; la rédaction du rapport est comprise.

AVIS : *Utiliser les codes de facturation appropriés à la spécialité de classement du médecin sous l'onglet B – Tarification des visites.*

CONSULTATION RÉGLEMENTAIRE

2.7 Aucun supplément n'est payé au chirurgien qui voit un malade dans le cadre d'une consultation prescrite par une réglementation interne de l'établissement hospitalier.

SUPPLÉMENT DE DURÉE

2.8 En chirurgie, un supplément de durée est payé pour le soin d'un patient porteur d'une pathologie dont le diagnostic ou le traitement est complexe et nécessite une visite d'une durée inhabituelle, minimum 30 minutes.

Nul autre supplément n'est payé en regard de la même visite. Toutefois, lorsque les tableaux d'honoraires prévoient le paiement d'un supplément en fonction de l'âge du patient, celui-ci est également payable.

Ce supplément de durée s'ajoute à la visite principale d'un malade vu en cabinet privé ou dans un cabinet de consultation aménagé dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Toutefois, en obstétrique-gynécologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe. En ophtalmologie, ce supplément de durée s'ajoute également à la visite principale et pour la visite de contrôle d'un malade hospitalisé ou vu en clinique externe.

AVIS : *Inscrire l'heure de début et l'heure de fin au code de la visite si la durée est supérieure ou égale à 30 minutes.*

Le chirurgien fournit des notes explicatives et il indique la durée de la visite.

Le supplément de durée ne s'applique pas au chirurgien général, ni au chirurgien vasculaire.

SUPPLÉMENT DE CONSULTATION EN CHIRURGIE GÉNÉRALE, EN CHIRURGIE VASCULAIRE ET EN NEUROCHIRURGIE

2.9 Les dispositions des articles 2.4, 2.5 et 2.6 ne s'appliquent pas au chirurgien général, au chirurgien vasculaire et au neurochirurgien.

Quel que soit le médecin référant, le chirurgien général, le chirurgien vasculaire ou le neurochirurgien auquel un malade est dirigé pour une opinion a droit à un supplément de consultation déterminé selon le lieu de dispensation du service.

Le supplément s'ajoute au tarif de la visite principale.

VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE

2.10 La visite de suivi oncologique en chirurgie générale est la visite que le chirurgien général effectue, en hospitalisation ou en externe, auprès d'un patient ayant un diagnostic de cancer sous traitement de chimiothérapie, une fois la visite initiale effectuée.

Elle inclut, le cas échéant, la surveillance, la thérapie de communication et l'organisation de la prise en charge du patient à son départ.

Elle peut être facturée une fois par jour, par médecin, par patient. Maximum 4 fois par mois, par médecin.

Elle remplace la visite de contrôle.

RÈGLE 3.

PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

3.1 Le chirurgien a droit au paiement des procédures diagnostiques et thérapeutiques qu'il exécute, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 4.

SOINS SIMULTANÉS

4.1 Sont considérés comme soins simultanés, les soins donnés par un médecin spécialiste d'une autre discipline auquel le chirurgien fait appel en raison de l'état du malade.

Celui qui donne des soins simultanés, est payé suivant la tarification générale, y compris pour ses visites.

4.2 Celui qui agit comme assistant lors de la chirurgie, n'a pas droit au paiement d'honoraires pour des soins simultanés.

RÈGLE 5.

SOINS POST-OPÉRATOIRES CONFIÉS

5.1 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires inclus dans l'honoraire de la chirurgie, n'a pas droit au plein tarif.

Celui qui a pratiqué la chirurgie a droit aux trois quarts de l'honoraire global .

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Soins post-opératoires confiés à un autre médecin.
Inscrire le numéro de professionnel de ce médecin.*

Celui qui donne les soins post-opératoires a droit au quart de l'honoraire global ; toutefois, pour le chirurgien classé dans une discipline autre que la chirurgie générale ou la chirurgie vasculaire, on lui accorde la moitié de cet honoraire, si ce chirurgien est un consultant auquel le centre hospitalier a fait appel ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier .

AVIS : *Le médecin qui réclame les soins post-opératoires doit facturer le même code de facturation que le chirurgien principal.*

Utiliser l'élément de contexte Soins-post opératoires confiés par un autre médecin et si requis, l'un ou l'autre des éléments de contexte suivants: Médecin consultant ou Chirurgie pratiquée dans un autre centre hospitalier.

Inscrire le numéro du professionnel qui a pratiqué la chirurgie.

RÈGLE 6.

CHIRURGIE INCLUSE OU COMPLÉMENTAIRE

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires distincts pour une procédure chirurgicale incluse, sauf si le tarif le prévoit.

Est incluse une procédure qu'il est techniquement nécessaire d'exécuter pour pratiquer la chirurgie.

Cette règle ne s'applique toutefois pas, lors d'une chirurgie de l'appareil musculo-squelettique, à l'exérèse de clous, broches, vis ou plaques.

6.2 Le chirurgien a droit au paiement de l'honoraire prévu pour une chirurgie complémentaire, sauf disposition contraire au tarif.

RÈGLE 7.

SÉANCES OPÉRATOIRES DISTINCTES

7.1 Sous réserve de l'article 8.5, les chirurgies pratiquées au cours de séances opératoires différentes, donnent droit au plein tarif.

RÈGLE 8.

CHIRURGIES MULTIPLES

AVIS : *Les actes dont le libellé indique « additionnel » ou « supplément » sont payés à plein tarif.*

8.1 Sont payées demi-tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale.

La chirurgie principale est celle qui comporte l'honoraire le plus élevé.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues par ce tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.*

8.2 Toutefois, en neurochirurgie, sont payées à plein tarif les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire à des sites différents.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte Chirurgie ou PDT multiple pratiqué au cours d'une même séance en neurochirurgie.*

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte Site différent.

8.3 Un seul honoraire de la section *Appareil vasculaire non thoracique chirurgie ouverte, toute technique*, ainsi que le service médical codé 04053 de la section *Chirurgie endovasculaire pour traitement d'anévrisme ou de dissection aortique, toute technique* est accordé pour l'ensemble des chirurgies de ces sections pratiquées au cours d'une même séance. L'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est alors payé.

Cependant, s'il s'agit d'une chirurgie distincte effectuée par une autre incision, cette dernière sera payée à demi-tarif. Des suppléments sont prévus à la nomenclature. On ne rémunère toutefois qu'un seul supplément.

AVIS : *Utiliser les éléments de contexte :*

- **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance;**
- **Autre incision.**

8.4 Toutefois, en ophtalmologie et en chirurgie plastique, sont payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre « APPAREIL VISUEL » et pratiquées au cours d'une même séance opératoire, sauf la chirurgie principale payée à 100%.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance.**

Cependant, lors d'une chirurgie bilatérale, la ou les chirurgies effectuées sur le deuxième œil sont payées à 90 % pour la chirurgie dont le tarif est le plus élevé et à 75 % pour les autres chirurgies.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie bilatérale de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une même séance.**

8.5 De plus en ophtalmologie et en chirurgie plastique, sont également payées à 75 % les chirurgies multiples apparaissant au chapitre APPAREIL VISUEL et pratiquées auprès d'un patient au cours d'une journée, même lors de séances opératoires différentes, sauf la chirurgie principale, la chirurgie effectuée en urgence, l'examen de tomographie optique du globe oculaire ou l'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique.

AVIS : *Utiliser :*

- l'élément de contexte **Chirurgie multiple de l'appareil visuel pratiquée au cours d'une journée lors d'une séance différente;**

- s'il y a lieu, l'élément de contexte **Soins d'urgence** ou, si les modalités de la règle 14 du Préambule général s'appliquent, l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG.**

8.6 Toutefois, en dermatologie, sont payées à plein tarif les quatre (4) premières tumeurs malignes prouvées histologiquement, réséquées à la même séance (actes codés **01131** et **01133**).

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Il s'agit de l'une des 4 premières tumeurs malignes.**

RÈGLE 9.

CHIRURGIES DISTINCTES

9.1 Lorsque des chirurgiens de discipline différente pratiquent des chirurgies distinctes au cours d'une même séance opératoire, chacun d'eux a droit au plein tarif.

Il en est de même dans le cas d'un chirurgien général qui pratique une chirurgie vasculaire (sauf une chirurgie de varice) ou thoracique ainsi que pour un chirurgien vasculaire qui pratique une chirurgie autre que vasculaire.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie distincte pratiquée à la même séance par un autre médecin de spécialité différente.**

9.2 Celui qui pratique une procédure chirurgicale incluse dans l'intervention du premier chirurgien, n'a pas droit au paiement d'une chirurgie distincte.

Il en est de même de celui qui pratique une chirurgie complémentaire pour laquelle le premier chirurgien ne toucherait aucun honoraire, suivant le tarif.

RÈGLE 10.

ASSISTANCE

10.1 La Régie paie des honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, lorsque la nature ou la complexité de la chirurgie justifie cette participation. Il en est de même pour le médecin oto-rhino-laryngologiste qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste qui justifie d'un certificat de spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Celui qui est assistant a droit au quart de l'honoraire pour chaque chirurgie qui a exigé sa présence, sujet au modificateur prévu par la règle 8 de cet addendum.

Toutefois, en ophtalmologie, l'assistance opératoire pour la chirurgie de la cataracte n'est payable que dans les cas suivants :

- i) lorsque celle-ci est effectuée dans des cas complexes déterminés par les parties négociantes;
- ii) lorsqu'une complication survient lors de la chirurgie;
- iii) lorsque cette chirurgie est effectuée en association avec une autre chirurgie majeure pour laquelle l'assistance peut être réclamée.

AVIS : *L'assistant-chirurgien doit s'assurer de facturer le même acte (même nomenclature) que la demande de paiement du chirurgien principal.*

Toutefois, lorsqu'un acte réservé au chirurgien collaborateur est réclamé, le médecin assistant (rôle 4) associé à la chirurgie principale ne peut être rémunéré.

Le médecin oto-rhino-laryngologiste, qui assiste un chirurgien-dentiste ou un dentiste doit utiliser un code de facturation de son entente correspondant au service rendu.

10.2 Malgré la Règle 10.1, lorsqu'un acte réservé au chirurgien collaborateur est réclamé, aucun honoraire n'est payable au médecin qui assiste le chirurgien principal. Toutefois, lorsque les honoraires des services chirurgicaux codés 04042 ou 04044 sont réclamés par le médecin collaborateur, le médecin assistant d'une autre spécialité qui assiste le chirurgien principal a droit au paiement de ses honoraires.

RÈGLE 11.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE

11.1 Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Il en est de même pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec un neurochirurgien lorsque la voie d'approche et la fermeture sont effectuées par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

AVIS : *Pour l'exérèse d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux faite en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant, voir le code de facturation **07251**.*

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient 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 de facturation **01425**, **01426** et leurs suppléments.*

Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 130 \$ de l'heure. Le temps est comptabilisé en quarts d'heure (32,50 \$).

Utiliser l'un des codes de facturation ci-dessous :

05987 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;

05988 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;

05989 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;

05990 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;

05991 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;

05992 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.

Pour tous ces codes de facturation, inscrire la durée de l'assistance.

Le rôle 1 est obligatoire.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes de facturation **05993, 05994, 05995, 05996, 05997 et 05998**.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie seulement)

05998	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 106,05	18
05993	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 382,60	18
05994	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 080,95	18
05995	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 378,05	18
05996	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	2 972,70	18
05997	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 864,50	18

NOTE : Lorsqu'il y a prélèvement d'un lambeau microanastomosé (codes 01425, 01426 et leurs suppléments) par un médecin de la même spécialité, ce dernier peut facturer ce service à plein tarif nonobstant la Règle 9 de l'Addendum 4 - Chirurgie

AVIS : Voir la règle 11 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

RÈGLE 12.

FORFAIT DE RECONSTRUCTION POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE OU POUR TRAUMATISME COMPLEXE OU POUR MALFORMATION CONGÉNITALE COMPLEXE

Pour le médecin classé en chirurgie plastique, les chirurgies de reconstruction effectuées suite à une chirurgie oncologique complexe ou pour traumatisme complexe chez les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe, d'une durée anesthésiologique de trois heures ou plus, peuvent être rémunérées sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, sauf s'il y a microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou, au cours d'une autre séance, réexploration d'anastomose vasculaire d'un lambeau microanastomosé. Le médecin assistant est rémunéré sur base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15. De plus, lorsqu'un supplément d'honoraires est payable pour les microanastomoses vasculaires ou nerveuses ou pour un patient ayant un IMC ≥ 40 , le médecin assistant a également droit à 25 % du tarif.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Le tarif de l'assistance chirurgicale est de 130 \$ de l'heure. Le temps est comptabilisé en quarts d'heure (32,50 \$).

Pour demander le tarif, utiliser l'un des codes de facturation suivants :

05966 assistance pour une durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total;
05967 assistance pour une durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total;
05968 assistance pour une durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total;
05908 assistance pour une durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total;
05909 assistance pour une durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total;
05910 assistance pour une durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total;
05911 assistance pour une durée anesthésiologique de plus de 12 heures.

Pour tous ces codes de facturation, inscrire la durée de l'assistance.

Les codes de facturation **05966**, **05967** et **05968** doivent être demandés uniquement dans les centres hospitaliers suivants:

- CHU Saint-Justine;
- CUSM - Site Glen (pédiatrique);
- CHUQ - Pavillon CHUL.

Le rôle 1 est obligatoire.

S'il s'agit du supplément pour microanastomose vasculaire ou nerveuse lors d'une assistance chirurgicale, utiliser l'un des codes de facturation suivants :

05912 par microanastomose vasculaire (maximum 2), supplément 184,71 \$;
05906 si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément 52,78 \$;
05913 par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément 158,33 \$;
05907 si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément 52,78 \$;
05918 pour patient ayant un IMC ≥ 40 , supplément 79,16 \$.

Le rôle 1 est obligatoire.

Pour les codes de facturation **05912** et **05913**, inscrire le nombre de microanastomoses.

AVIS : Pour le code de facturation **05918**, inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.

R = 1 R = 2

CHIRURGIE PLASTIQUE

Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour traumatismes complexes ou pour malformation congénitale complexe

AVIS : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie.

05963	durée anesthésiologique de 3 à 4 heures au total	893,25	18
05964	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 191,05	18
05965	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 786,55	18
05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total	2 382,05	18
05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 977,55	18
05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	3 573,10	18
05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	4 168,60	18
05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	738,85	

AVIS : Inscrire le nombre de microanastomoses vasculaires.

05914	si microanastomose vasculaire excédentaire, supplément	211,10	
05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2), supplément	633,30	

AVIS : Inscrire le nombre de microanastomoses nerveuses.

05915	si microanastomose nerveuse excédentaire, supplément	211,10	

NOTE : Le protocole opératoire est requis pour les codes 05914 et 05915.

NOTE : Les codes 05914 et 05915 ne sont pas facturables dans le cas de reprise de microanastomose déjà facturée.

05936	pour patient ayant un IMC ≥ 40 , supplément	316,65	

NOTE : Les codes 05963, 05964 et 05965 ne peuvent être facturés que dans les centres hospitaliers suivants :

- CHU Sainte-Justine
- CUSM - Site Glen (pédiatrique)
- CHUQ - Pavillon CHUL
- Tout autre centre hospitalier et médecin désignés par les parties négociantes

AVIS : Pour le code de facturation 05936, inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.

RÈGLE 13.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN NEUROCHIRURGIE

Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant et du médecin intensiviste agissant dans le cadre de l'Annexe 29.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes de facturation **05954, 05955, 05956, 05957, 05958, 05959, 05960, 05961 et 05962.**

R = 1 R = 2

NEUROCHIRURGIE

Forfait pour chirurgie complexe

(acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie seulement)

05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total	2 187,25	18
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total	2 952,75	18
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 827,60	18

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Assistance opératoire :

05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	375,70
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	629,90
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	876,30
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 134,10
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 376,85
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures	1 501,70

NOTE : Les majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'assistance opératoire.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

RÈGLE 14.

FORFAIT POUR CHIRURGIE OCULAIRE COMPLEXE

Pour le médecin classé en ophtalmologie, les cas de chirurgie oculaire complexe d'une durée de plus de 90 minutes peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant est rémunéré sur une base horaire selon le tarif prévu à l'article 10 de l'Annexe 15.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif pour la durée du temps opératoire, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Le tarif pour l'assistance chirurgicale est de 130 \$ de l'heure.

Utiliser les codes de facturation suivants :

- **05952** assistance pour une durée opératoire d'une heure et demie;
- **05953** assistance par quart d'heure additionnel.

Inscrire la durée additionnelle pour l'assistance.

Le rôle 1 est obligatoire.

R = 1 R = 2

OPHTALMOLOGIE

Forfait pour chirurgie oculaire complexe

(acte réservé aux spécialistes en ophtalmologie seulement)

05950	durée opératoire d'une heure et demie	535,90	15
05951	par quart d'heure additionnel	89,30	

AVIS : Inscrire la durée additionnelle au temps opératoire.

Voir la règle 14 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

RÈGLE 15.

HONORAIRES ADDITIONNELS POUR LES CHIRURGIES EFFECTUÉES PENDANT CERTAINES HEURES

15.1 Un honoraire additionnel est versé au chirurgien pour une chirurgie effectuée en établissement pendant certaines heures.

Cet honoraire ne s'applique qu'au médecin classé dans une des disciplines suivantes : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, oto-rhino-laryngologie, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, obstétrique,

gynécologie, obstétrique-gynécologie, neurochirurgie, urologie ou ophtalmologie.

De plus, cet honoraire ne s'applique qu'à l'égard d'une chirurgie apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui fait l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2) et impliquant l'intervention d'un médecin anesthésiologiste.

15.2 En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le chirurgien qui satisfait aux conditions prévues à la règle 15.1 a également droit aux honoraires suivants :

- ~~i) Lorsqu'une chirurgie débute entre 7 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel de 110,85 \$.~~

05916	Honoraire additionnel a. m.	110,85 \$
		-

~~**AVIS :** Inscrire l'heure à laquelle l'anesthésiologiste a pris contact avec le malade. Cette information n'a aucun effet sur le calcul des honoraires du chirurgien.~~

~~**AVIS :** La règle 15.2 i) est abrogée à compter du 18 janvier 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

- ii) Lorsqu'une chirurgie a cours entre 15 h et 19 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, le chirurgien a droit à un honoraire additionnel sous forme d'unités de durée, lesquelles correspondent au temps opératoire que le chirurgien consacre au soin du malade pendant cette période.

On calcule le temps opératoire par période de 15 minutes. On compte comme une période, le dernier temps d'une opération, même s'il ne dure pas 15 minutes.

La valeur d'une unité de durée est de 22,15 \$.

05917	Honoraire additionnel p. m. – par 15 minutes	22,15 \$

AVIS : Inscrire l'heure de début de la chirurgie, ou 17 h si celle-ci débute avant 17 h, et l'heure de fin.

~~**AVIS :** La règle 15.2 ii) est modifiée en remplaçant 15 h par 17 h à compter du 18 janvier 2021 à la suite de la mise en application des mesures adoptées par l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM). Le texte sera modifié ultérieurement par les parties négociantes.~~

15.3 Pour les fins d'application de la règle 15.2 (i), la chirurgie est présumée débiter lorsque le médecin anesthésiologiste prend contact avec le malade pour effectuer l'induction.

15.4 Un chirurgien ne peut réclamer le paiement de plus d'un honoraire prévu à la règle 15.2 (i) par jour. De plus, cet honoraire ne peut être payable qu'une fois par jour par patient, pour l'ensemble des médecins chirurgiens.

15.53 Lorsqu'une disposition de l'Accord-cadre prévoit le paiement d'honoraires au médecin qui assiste le chirurgien, celui-ci a alors également droit au quart des honoraires payables en vertu de la règle 15.2.

RÈGLE 16.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

16.1 Pour le médecin classé en chirurgie générale, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant et du médecin intensiviste agissant dans le cadre de l'Annexe 29.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la Règle 15 et des suppléments d'IMC sous les onglets H – *Système respiratoire* et L – *Système digestif*, lesquels s'ajoutent le cas échéant.

AVIS : Voir les codes de facturation **05928, 05929, 05937, 05938, 05939, 05940, 05941, 05942, 05943, 05944, 05945, 05946, 05947, 05948 et 05949.**

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Forfait pour chirurgie complexe

(Acte réservé aux spécialistes en chirurgie générale seulement)

05937	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 266,60	18
05938	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 477,70	18
05939	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 688,80	18
05940	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 111,00	18
05941	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 374,90	18
05942	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 638,75	18
05943	durée anesthésiologique de 10 à 11 heures au total	2 902,65	18
05944	durée anesthésiologique de plus de 11 heures	3 166,50	18
05928	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh B, supplément	79,15	
05929	si chirurgie abdominale chez un patient cirrhotique avec un score de Child-Pugh C, supplément	105,55	

AVIS : Voir la règle 16 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique de la chirurgie.

Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

Assistance opératoire

05945	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	316,65
05946	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	580,55
05947	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	897,20
05948	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 055,50
05949	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures	1 583,25

NOTE : Les majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Voir la règle 16 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'assistance opératoire. Si les périodes d'assistance concernent plus d'un patient anesthésié, compléter une facture par patient et inscrire les heures de début et de fin de chaque période. Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

RÈGLE 17.

FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE EN UROLOGIE

17.1 Pour le médecin classé en urologie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de quatre heures ou plus, peuvent être rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie, à l'exception des honoraires additionnels prévus à la règle 15 lesquels s'ajoutent, le cas échéant.

AVIS : Voir les codes de facturation **05969, 05970, 05971, 05972, 05973, 05974, 05975, 05976, 05977, 05978, 05979 et 05980.**

UROLOGIE

Forfait pour chirurgie complexe
(Acte réservé aux spécialistes en urologie seulement)

05969	durée anesthésiologique de 4 à 5 heures au total	1 266,60	18
05970	durée anesthésiologique de 5 à 6 heures au total	1 583,25	18
05971	durée anesthésiologique de 6 à 7 heures au total	1 899,90	18
05972	durée anesthésiologique de 7 à 8 heures au total	2 216,55	18
05973	durée anesthésiologique de 8 à 9 heures au total	2 533,20	18
05974	durée anesthésiologique de 9 à 10 heures au total	2 849,85	18
05975	durée anesthésiologique de plus de 10 heures	3 166,50	18

AVIS : Voir la règle 17 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

*Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la durée anesthésiologique.
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.*

Assistance opératoire :

05976	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	316,65
05977	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	580,55

05978	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	897,20
05979	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	1 055,50
05980	durée d'assistance opératoire de plus de 10 heures	1 583,25

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'Assistance opératoire.

AVIS : Voir la règle 17 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'assistance opératoire. Si les périodes d'assistance concernent plus d'un patient anesthésié, compléter une facture par patient et inscrire les heures de début et de fin de chaque période. Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.

ADDENDUM 7. - MICROCHIRURGIE

RÈGLE 1.

APPLICATION

1. Cet addendum régit la microanastomose.

On entend par microanastomose, une chirurgie pratiquée sous microscopie; n'est pas visé l'emploi de lunettes grossissantes.

On entend par amputation, la séparation du corps soit d'un membre soit d'une petite partie d'un membre.

RÈGLE 2.

DESCRIPTION DES NERFS

2.1 On entend par « nerfs majeurs » les nerfs mixtes issus du plexus brachial, lombaire ou sacré tels que : médian, cubital, radial, circonflexe, musculo-cutané, sciatique, sciatique poplitée externe, tibial postérieur, crural, obturateur, la branche sensitive du nerf radial et le nerf fémoro-cutané ainsi que les nerfs crâniens.

Les éléments des plexus tels que racines, troncs et divisions avant la formation des nerfs périphériques sont aussi considérés comme nerfs majeurs.

Les branches terminales ou collatérales des nerfs majeurs sont considérées comme nerfs mineurs.

Les nerfs de la main et du pied sont considérés comme des nerfs mineurs.

Les fines ramifications des nerfs mineurs ne sont pas considérées.

RÈGLE 3.

TARIFICATION

3.1 Le tarif de chirurgie prévoit une tarification spécifique pour la microanastomose.

L'honoraire maximum auquel donne droit une microanastomose, correspond au tarif d'une réimplantation (avec ou sans greffe).

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

R = 1 R = 2

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec l'élément de contexte **Site différent**.

NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération des codes suivants :

01010, 01012, 01021, 01043, 01044, 01045, 01046, 01324, 01338, 01386, 01388, 01395, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419, 01460, 01463, 01464, 01465 et 01029 et elle est également requise pour les codes suivants, lorsque la cicatrice est située ailleurs qu'à la face et au cou : 01310, 01311, 01312, 01405, 01406, 01416 et 01417.

De plus, l'autorisation de la Régie est aussi requise pour les codes 01233 et 01234 lorsque effectués chez un patient de plus de 18 ans.

NOTE : L'anesthésie locale comprend le bloc interdigital et le bloc paracervical.

01334	changement de pansements sous anesthésie au bloc opératoire incluant le débridement	332,50	7
01340	avec installation d'un appareil à pression négative (type VAC), supplément	110,85	
01031	Un supplément est payable pour les codes 01010, 01012, 01021, 01343, 01373, 01402, 01407, 01410, 01423, 01434 et 01435 du chapitre « Peau - Phanères - Tissu cellulaire sous cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC $\geq$ 40 (pour chirurgien plastique seulement)	316,65	

AVIS : *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

Un supplément est payable sur le tarif de base des codes 01201, 01205, 01228, 01230, 01231, 01232, 01250, 01251, 01252 et 01334 du chapitre « Peau-Phanères - Tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses » pour un patient ayant un IMC $\geq$ 40

01025	Acte de moins de 105\$, supplément	21,10	
01026	Acte entre 105 \$ et 314 \$, supplément	63,35	
01027	Acte entre 315 \$ et 634 \$, supplément	116,10	
01028	Acte de 635 \$ et plus, supplément	179,45	

AVIS : *Inscrire l'indice de masse corporelle (IMC) du patient s'il est supérieur ou égal à 40.*

**ABCÈS, HÉMATOME OU SÉROME, UNIQUE
OU MULTIPLE, incluant le drainage, le cas échéant**

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01013	sous-cutané, panaris ou fenestration d'un ongle	46,65	

01014	périanal (PG-28)	64,90	
01015	palmaire ou digital (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	176,95	
01016	intramusculaire	138,55	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01017	sous-cutané (PG-28)	101,85	5
01024	cervical (PG-23)	292,10	6
01018	périanal (PG-23)	115,40	5
01019	palmaire ou digital (PG-28)	211,10	5
01020	intramusculaire (PG-28)	138,55	5

EXCISION CONVENTIONNELLE OU PAR CRYOCHIRURGIE

TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉMALIGNE

(biopsies comprises) :

Sont visées les kératoses actiniques ainsi que les lésions qui présentent des critères de malignité potentielle ou causant un trouble fonctionnel ou physiopathologique objectivable. Les tumeurs bénignes ne causant pas d'interférences fonctionnelles ou qui sont retirées pour des raisons esthétiques ne constituent pas des services assurés.

Face, cou et organes génitaux

	sans anesthésie ou sous anesthésie locale		
01101	sans suture	16,55	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 32.

AVIS : Pour les codes de facturation **01102, 01103, 01104, 01105, 01106, 01107, 01109, 01121, 01122, 01123 et 01124**, la lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque la lésion est de forme rectangulaire.

	avec suture		
01102	2 cm ou moins (PG-28)	17,75	
01103	2 cm à 5 cm (PG-28)	77,60	
01104	plus de 5 cm (PG-28)	138,55	
	sous anesthésie régionale ou générale avec suture		

01105	2 cm ou moins (PG-28)	118,00	5
01106	2 cm à 5 cm (PG-28)	147,45	5
01107	plus de 5 cm	207,25	5

Autre région

sans anesthésie ou sous anesthésie locale
sans suture

01108	5 cm ou moins	14,55	

AVIS : Voir la Règle d'application n° 32.

01109	plus de 5 cm avec suture	43,20	

AVIS : Pour les codes de facturation **01108** et **01109**, utiliser une ligne par lésion.

01121	5 cm ou moins (PG-28)	38,90	
01122	plus de 5 cm (PG-28) sous anesthésie régionale ou générale	58,40	
01123	5 cm ou moins (PG-28)	94,35	5
01124	plus de 5 cm (PG-28)	130,55	5

NOTE : Maximum de 4 lésions rémunérables par séance.

AVIS : Utiliser les éléments de contexte **Site différent et Chirurgie multiple effectuée à la même séance**.

AVIS : Pour les codes de facturation **01121**, **01122**, **01123** et **01124**, utiliser une ligne par lésion.

LIPOMATOSE DIFFUSE OU NEUROFIBROMATOSE

01126	Exérèse de 5 à 10 lésions	158,35	5
01051	Exérèse de 11 lésions ou plus	292,35	7

AUTRES CONDITIONS

AVIS : Pour les codes de facturation **01043**, **01044**, **01045** et **01046**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Kystes sébacés : infectés ou inflammés ou causant un trouble pathophysiologique objectivable :

01169	face, cuir chevelu, cou (PG-28)	19,85	5
01172	autres localisations	45,40	5

NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables

AVIS : *Utiliser les éléments de contexte Site différent et Chirurgie multiple effectuée à la même séance.*

AVIS : *Utiliser une ligne par lésion.*

Traitement des angiomes-plans (excluant les malformations capillaires autorésolutives), des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de moins de 18 ans

	sous anesthésie :		
01110	par cm carré	27,90	4
	maximum par séance	279,00	
	sans anesthésie :		
01112	par cm carré (PG-28)	12,95	
	maximum par séance	64,75	

Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

AVIS : *Pour les codes de facturation 01110 et 01112, inscrire la superficie traitée.*

Traitement des angiomes plans, des hémangiomes infantiles compliqués (ulcérés ou qui causent une atteinte fonctionnelle) ou des hémangiomes congénitaux, au corps, par laser, chez les patients de moins de 18 ans

	sous anesthésie :		
01043	par cm carré	27,90	4
	maximum par séance	279,00	
	sans anesthésie :		
01044	par cm carré (PG-28)	12,95	
	maximum par séance	64,75	

NOTE :

1. Les codes 01043 et 01044 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les codes

01043 et 01044.

Traitement des angiomes plans d'une superficie de 6 cm carrés ou plus, à la face ou au cou, par laser, chez les patients de 18 ans et plus

sous anesthésie :

01045	par cm carré	27,90	4
	maximum par séance	279,00	

sans anesthésie :

01046	par cm carré (PG-28)	12,95	
	maximum par séance	64,75	

NOTE :

1. Les codes 01045 et 01046 ne peuvent être facturés plus de 2 fois par patient, par année.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.
3. Une autorisation préalable de la Régie est nécessaire pour facturer les codes 01045 et 01046.

Laser ablatif

Traitement de tumeurs cutanées secondaires à une génodermatose documentée, par laser ablatif, à la face ou au cou

sous anesthésie :

01047	par cm carré	31,65	5
	maximum par séance	316,50	

sans anesthésie :

01048	par cm carré (PG-28)	15,85	
	maximum par séance	158,50	

NOTE :

1. Les codes 01047 et 01048 ne peuvent être facturés plus de 8 fois par patient, à vie.
2. Ces tarifs sont payables en établissement seulement.

AVIS : Pour les codes de facturation **01043, 01044, 01045, 01046, 01047 et 01048**, inscrire la superficie traitée.

Traitement de chéilite actinique touchant plus de 50 % de la lèvre, par laser ablatif, par séance

01049	réalisé en cabinet privé	158,35
01050	réalisé en établissement	79,15

NOTE : Les codes 01049 et 01050 ne peuvent être facturés plus d'une fois par patient, par année.

TUMEURS CANCÉREUSES

01130	Exérèse d'un mélanome confirmé histologiquement, supplément	102,05

NOTE : Le code 01130 peut être facturé avec les codes 01131, 01132, 01133 et 01134.

(biopsies comprises)
par excision chirurgicale

Face, cou et organes génitaux

01131	sous anesthésie locale	121,60

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

01132	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	353,95	6

Autre région

01133	sous anesthésie locale	60,05

AVIS : Voir la règle 8.6 de l'Addendum 4 - Chirurgie.

01134	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	294,95	6

Excision de lésion cancéreuse de la peau selon la technique de Tromovitch

01199	première couche (PG-28)	292,10	6

01190	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28) maximum 2 couches supplémentaires	116,85

NOTE : L'exérèse du noyau tumoral ne peut être considérée comme une première couche et ne peut être facturée en sus.

AVIS : *Inscrire le nombre de couches supplémentaires.*

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :

- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
- l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;
- la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.

NOTE : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit :

- d'un cancer récidivant ou
- d'une tumeur de plus de 1 cm au visage ou au cou ou
- d'une tumeur de plus de 2 cm au niveau des membres supérieurs ou
- d'une tumeur de plus de 3 cm au niveau du tronc ou des membres inférieurs ou
- d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière, une narine, une main, un pied, l'anus ou les organes génitaux si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou
- d'un cancer morphéïforme ou infiltrant

NOTE : Les codes 01302 et 01303 ne peuvent être facturés dans les cas de mélanome, à l'exception des mélanomes de type lentigo malin superficiel.

NOTE : Les codes 01302 et 01303 constituent un honoraire global et incluent les consultations effectuées dans les douze mois précédents, ainsi que les visites principales et les visites de contrôle faites dans les douze mois suivants. Cette note s'applique dans tous les lieux de dispensation.

01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	422,20
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	105,55

AVIS : Inscrire le nombre de couches supplémentaires.

CRYOCHIRURGIE

Tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques
(biopsies comprises) :

NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation.
Ne peut être utilisé pour la cryothérapie.

01143	face, cou et organes génitaux	57,20	5
01144	autre région	28,60	4

LIPECTOMIE FONCTIONNELLE

AVIS : Pour les codes de facturation **01010**, **01012** et **01021**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Pour les codes de facturation **01012** et **01021**, utiliser l'élément de contexte
Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.

01010	Excision du tablier graisseux abdominal	884,90	7
	Autres régions		
01012	membre supérieur	589,90	5
01021	membre inférieur	833,75	5
	Liposuccion d'un lambeau préalablement greffé :		
01210	sous anesthésie locale	70,75	
01211	sous anesthésie générale	107,20	5

ONYCECTOMIE

doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :

01215	simple (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	51,95	4
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	194,70	5

SINUS PILONIDAL

(kyste sacro-coccygien) :

01217	excision simple (PG-28)	272,50	5
01220	excision et plastie (PG-28)	272,50	5
01221	marsupialisation (PG-28)	272,50	5

EXÉRÈSE DE CORPS ÉTRANGERS

01196	simple (PG-28)	31,05	4
01197	compliquée (faite au bloc opératoire sous anesthésie régionale ou générale)	280,75	6

NOTE : Le code 01197 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.

VERRUE ET MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Excision chirurgicale :
non faciale :

01222	première (PG-28)	10,65	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum 15 verrues additionnelles	2,65	

AVIS : Inscrire le nombre d'excisions.

faciale :

01223	première (PG-28)	15,40	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum 9 verrues additionnelles	3,70	

AVIS : *Inscrire le nombre d'excisions.*

plantaire excluant l'émondage :			
01225	première	18,90	5
	additionnelle (lors de la même séance), chacune maximum de 10 verrues additionnelles par séance	5,30	

AVIS : *Inscrire le nombre d'excisions.*

01227	en mosaïque (excision totale) par séance	57,20	5
01224	excision totale et plastie	118,70	5

NOTE : Lorsque la cryothérapie, la chimiothérapie ou une technique physique est utilisée pour le traitement d'une verrue comme complément à l'excision chirurgicale, seule l'excision chirurgicale est rémunérée.

CAUTÉRISATION

Cryo ou chimiocautérisation - voir cryothérapie et chimiothérapie, à la section Procédés diagnostiques et thérapeutiques

RÉPARATION DE PLAIES (débridement compris)

Lacérations simples

face et cou :

Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01320	moins de 1 cm (PG-28)	52,80	5
	par cm additionnel	20,50	

AVIS : *Indiquer la longueur de la réparation.*

autres localisations :

pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01323	moins de 1 cm (PG-28)	42,20	5
	par cm additionnel	11,00	

AVIS : Indiquer la longueur de la réparation.

Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)

01316	1 ^{er} centimètre	116,85	5
	par centimètre additionnel	23,40	

AVIS : Indiquer la longueur de la suture.

*Le code de facturation **01316** peut être demandé seulement lorsqu'aucun autre acte n'est effectué au cours d'une même séance.*

*Si plusieurs chirurgies sont effectuées, utiliser le code de facturation **01317**.*

au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément

01317	1 ^{er} centimètre	27,70	
	par centimètre additionnel	11,10	

AVIS : Indiquer la longueur de la suture.

*Le code de facturation **01317** est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code de facturation **01316**.*

Lacérations compliquées

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

face et cou :

01322	moins de 2,5 cm (PG-28)	110,85	5
	par 2,5 cm additionnels	38,80	

maximum payable pour l'ensemble des plaies	692,85

AVIS : Inscrire la longueur de la réparation.

01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (PG-28), faites en salle d'opération, sous anesthésie générale	438,05	5

NOTE : Le code 01325 ne peut être facturé avec une autre chirurgie au même site, à la même séance.

débridement isolé de plaie :

NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaie lorsqu'elles sont faites en même temps.

01327	chaque unité de 1 cm (PG-28)	8,25	
	valeur maximum	148,50	

AVIS : Inscrire la longueur de la réparation.

sous anesthésie régionale ou générale

01032	chaque unité de 1 cm	10,55	5
	valeur maximum	369,25	

AVIS : Inscrire la longueur de la réparation.

01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	277,60	6

BRÛLURES

débridement isolé de brûlures

moins de 10 % de la surface corporelle

Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé

01345	entre 10 % et 30 % de la surface corporelle, par cm (PG-28)	0,60	8

valeur maximum	150,00

AVIS : Indiquer la longueur de la brûlure.

01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux (PG-28)	500,25	8
01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant	633,30	8

AVIS : Ne pas fournir le compte-rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

Escharotomie de décompression chez les brûlés

01346	tronc (PG-28)	110,85	5
01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28)	105,55	5
01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	110,85	5

NOTE : 1. Les codes 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les codes 01339 et 01345.

2. Si une ou des fasciotomies sont nécessaires, à la même séance et sur le même segment de membre qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.

01321	Injectons multiples de Kénalog sous anesthésie générale, par quart d'heure	47,20	6

AVIS : Indiquer la durée d'intervention (injections).

RÉSECTION D'UN MONITEUR DE LAMBEAU

01033	Résection d'un moniteur de lambeau cutané, musculaire et/ou muqueux	158,35	6

GREFFE CAPILLAIRE

01338	par greffon	5,30	4

maximum par séance	371,00

AVIS : Inscrire le nombre de greffons et le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

MICRO-GREFFE CAPILLAIRE

01324	par unité folliculaire	2,20
	maximum par séance	2 750,00
	maximum par patient	5 500,00

AVIS : Inscrire le nombre d'unités folliculaires.

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Ne pas fournir le compte rendu opératoire mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

GREFFES CUTANÉES OU GREFFES CULTIVÉES

A moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comprennent la mise à plat, la préparation chirurgicale de la surface à greffer s'il y a lieu, le prélèvement et la mise en place du greffon et le soin de la région donneuse.

01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	77,60	4
	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraf)		
01360	première application	116,35	5
01361	application additionnelle ou subséquente	29,50	4

AVIS : Inscrire le nombre d'applications.

GREFFES PAR GLISSEMENT, ROTATION OU TRANSPOSITION

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. Cette note s'applique aux codes 01365, 01367 et 01373.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

Lambeau

01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	318,55	5
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	312,65	4
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	483,75	5
NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.			
01373	Grefe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28)	1 061,85	6
Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse			
01353	sans microchirurgie	1 080,55	6
----	avec microchirurgie	(voir greffe libre)	
Transfert d'un lambeau : sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :			
01368	en un temps (PG-28)	587,40	5
01369	en deux temps	498,70	6
01336	Transfert d'un gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28)	1 150,35	8

GREFFE PÉDICULÉE (à distance)

stage majeur :

01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	387,90	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	530,90	7
stage secondaire :			
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	277,05	6
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	277,05	5

01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	166,25	4

GREFFE LIBRE

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. Cette note s'applique aux codes 01385, 01395, 01423, 01424, 01425 et 01426.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

01362	bout du doigt (PG-28)	235,95	6
01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	265,45	6
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services	2 675,70	18
	tête et cou :		
01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	332,50	6
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	519,15	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28)	609,55	6
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	232,25	5
01356	cavité nasale (PG-28)	292,10	5
01357	cavité buccale	337,50	5
01358	sous une greffe pédiculée	157,75	4
01359	cavité osseuse importante	259,35	5
	autres régions :		
01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	259,55	5
01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	389,30	5
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	648,90	5
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	6,75	
	maximum par séance	1 080,90	

AVIS : Inscrire la superficie de la greffe.

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)	672,50	8
01423	lambeau neuroinsulaire majeur		
	v.g. pédieux, dorsal, intercostal	1 533,80	15
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	1 365,00	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant un ou plusieurs pédicule(s) vasculaire(s)	2 220,20	18
01318	avec greffe nerveuse, supplément	132,60	
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 840,40	18
01319	avec prise de greffon nerveux distant, supplément	132,60	
01427	cutané, supplément	140,20	
01428	musculaire, supplément	134,85	
01429	osseux, supplément	134,95	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	194,75	
	NOTE : Les suppléments codés 01427, 01428, 01429 et 01430 s'appliquent aux codes 01425 et 01426.		
01387	Lambeau jambes croisées	449,45	8
01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	169,45	7
01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatriciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	416,85	6

AVIS : Pour le code de facturation **01395**, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie, **sauf** lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, utiliser l'élément de contexte **Post chirurgie mammaire assurée**.

01035	si injection de 150cc à 299cc de graisse, supplément	158,35
01036	si injection de 300cc ou plus de graisse, supplément	316,65
01396	Grefe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépiphysiodèse, supplément	118,00

NOTE : Le code 01396 ne peut être facturé avec le code 01395 à la même séance.

DERMABRASION : SABLAGE

AVIS : Lorsque les codes de facturation **01310**, **01311** et **01312** sont demandés, utiliser l'élément de contexte **Cicatrice située à la face ou au cou** le cas échéant, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :

01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	180,25	6
01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	124,45	6
01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	88,85	5

CORRECTION CHIRURGICALE OU AU LASER DE CICATRICES POST-TRAUMATIQUES OU CHIRURGICALES

AVIS : Lorsque les codes de facturation **01405**, **01406**, **01416** et **01417** sont demandés, utiliser l'élément de contexte **Cicatrice située à la face ou au cou** le cas échéant, ou inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.

correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumatiques ou chirurgicales :

01405	moins de 4 cm (PG-28)	80,10	6
01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	294,95	6
01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	401,15	6
01417	de 21 cm et plus (PG-28)	498,70	6

SEINS

AVIS : Pour tous les codes de facturation de la section Seins, utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche**.

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4 - Chirurgie, tout acte réalisé au niveau du sein contralatéral à la même séance est payable à 100 % pour le médecin spécialiste en chirurgie générale.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Chirurgie réalisée au niveau du sein contralatéral à la même séance par le médecin spécialiste en chirurgie générale**.

Incision

01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes (PG-28 pour médecin spécialiste en médecine d'urgence seulement)	101,85	6

Excision

01201	Biopsie incisionnelle ou excisionnelle pour lésion bénigne ou maligne simple ou multiple du sein (PG-28)	212,90	6

01255	après localisation par stéréotaxie, supplément	64,90	

01250	après localisation par harponnage, supplément	64,90	

01254	après localisation par billes radioactives, supplément	64,90	

NOTE : Les codes 01254, 01255 et 01250 sont mutuellement exclusifs

01205	Mastectomie partielle ou tumorectomie pour pathologie bénigne ou maligne, incluant la biopsie à la même séance, le cas échéant, excluant la gynécomastie chez l'homme de plus de 18 ans (PG-28)	404,90	6

01251	après localisation par harponnage, supplément	64,90	

01253	après localisation par billes radioactives, supplément	64,90	

NOTE : Les codes 01251 et 01253 sont mutuellement exclusifs

01252	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	155,75	

01228	avec dissection axillaire, supplément	376,40	

01230	Mastectomie simple ou totale	572,45	6

01037	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	155,75	1

01052	avec dissection axillaire, supplément	376,40	2
01038	Mastectomie totale avec préservation cutanée et/ou du complexe aréolo-mamelonnaire	738,85	7
01053	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément	155,75	1
01054	avec dissection axillaire, supplément	376,40	2
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	941,00	6
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	1 038,35	8
01055	Résection de tissu cutanéoadipeux dans la prolongation de la ligne thoraco-axillaire, post mastectomie, dans un contexte oncologique, y compris dans le cadre d'une mastectomie prophylactique, en vue d'une correction de cicatrice, effectuée sous anesthésie générale	250,00	6
NOTE : L'acte codé 01055 ne peut être facturé dans la même séance que les actes codés 01038, 01205, 01230, 01231 et 01232.			
NOTE : L'acte codé 01055 peut être facturé seulement si auparavant, le patient a subi au moins une des chirurgies prévues aux codes suivants : 01038, 01205, 01230, 01231 et 01232.			
Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie			
01233	unilatérale	267,65	6
01234	bilatérale	382,35	6
NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.			
<u>AVIS</u> : Lorsque les codes de facturation 01233 et 01234 sont demandés pour un patient de plus de 18 ans, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.			
01176	Capsulectomie totale du sein (PG-28)	401,15	4
NOTE : Ne pas joindre les comptes rendus opératoire et anatomo-pathologique pour ce service, mais les conserver au dossier aux fins de références.			
NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % pour le médecin spécialiste en chirurgie plastique.			

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en**

contralatéral par une incision différente.

01235	Excision du mamelon	61,40	5

Réparation

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

AVIS : *Pour les codes de facturation* **01029, 01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465**, *inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale suite à une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré est d'emblée autorisée. Pour les codes de facturation visés (01029, 01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465), utiliser l'élément de contexte **Post chirurgie mammaire assurée.**

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale pré ou rétro-pectorale	613,50	6
01039	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	316,65	1
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	2 123,70	10
	Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal		
01407	sans implant	1 548,30	10
01410	avec implant	1 799,25	10
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé au même site, par le même chirurgien, à la même séance.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément	227,15	
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole		
01386	par greffe (PG-28)	446,65	5
01388	par tatouage (PG-28)	446,65	5

01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	357,30	
01029	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole par lambeau, un ou plusieurs	357,30	5
<u>AVIS</u> : Pour les codes de facturation 01029, 01386 et 01388 , inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.			
Réduction mammaire			
01434	unilatérale	655,05	6
NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).			
01435	bilatérale (PG-28)	943,90	6
NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 grammes par sein).			
01436	si exérèse de 600 grammes et plus dans un sein, supplément par sein	200,60	
01465	Mastopexie	648,90	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28)	259,55	4
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	464,55	5
01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28)	559,80	5
NOTE : Le code 01419 ne peut être facturé avec le code 01408 à la même séance.			
01040	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expandeurs, supplément	316,65	1

GLANDES SUDORIPARES AVEC OU SANS GREFFE PAR GLISSEMENT

Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée

01432	sans greffe (PG-28)	141,55	5
01433	avec greffe	595,50	5

FISTULE CUTANÉE

01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique	101,85	5
01415	Profonde sous-aponévrotique	141,60	5

CHIRURGIE PLASTIQUE

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du Préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

01451	Intervention très mineure (PG-28)	41,25	5
01452	Intervention mineure (PG-28)	110,85	6
01453	Intervention moyenne (PG-28)	152,20	6
01454	Intervention majeure (PG-28)	193,95	6
01455	Intervention très importante (PG-28)	242,75	9

AVIS : *Ne pas fournir le protocole opératoire pour ce service, mais le conserver au dossier aux fins de références.*

01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement	595,50	6

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.*

Ne pas fournir le compte rendu opératoire mais le conserver au dossier aux fins de références ultérieures.

01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée	527,75	10
	Implantation de matière allogène :		
01459	À la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28)	138,60	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28)	121,40	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée (PG-28)	766,85	5

AVIS : *Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie, **sauf** lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, utiliser l'élément de*

contexte **Post chirurgie mammaire assurée.**

Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

01041	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	316,65	1

NOTE : Le code 01041 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

01000	Gonflement(s) subséquent(s), par séance	60,15	4

01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28)	744,40	5

AVIS : Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie, **sauf** lors de toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction ipsi ou contralatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré. Dans ce cas, utiliser l'élément de contexte **Post chirurgie mammaire assurée.**

Ne pas fournir le compte rendu opératoire, mais le conserver au dossier aux fins de références.

AVIS : Utiliser l'élément de contexte **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

01042	si levée d'un muscle additionnel et/ou mise en place de substitut dermique et/ou de mèche synthétique et/ou d'expansurs, supplément	316,65	1

NOTE : Le code 01042 ne s'applique que pour les chirurgies mammaires.

NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Reconstruction mammaire de même nature que la chirurgie principale ou chirurgie de symétrisation faite en contralatéral par une incision différente.**

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

ADDENDUM 5. - APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

DÉFINITIONS

Dans ce préambule, on entend par les termes :

Os mineur : un os de la main ou du pied, sauf le calcanéum et l'astragale.

Tout autre os est considéré comme os majeur.

Réduction ouverte : la réduction chirurgicale d'une fracture comportant soit l'exposition du site de la fracture, soit sa fixation interne par des moyens intra-médullaires, soit sa fixation par un appareillage externe.

Réduction fermée : la réduction d'une fracture sans chirurgie sur le site de la fracture et, le cas échéant, la traction cutanée ou trans-squelettique pour traction balancée et la contention par plâtre.

Le terme « chirurgie » s'entend de toutes les interventions visées par cet addendum.

RÈGLE 1.

1.1 Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction.

1.2 La rémunération pour l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans l'honoraire de la visite ou de prestation de soins principale.

Toutefois, le coût du matériel n'est pas inclus.

AVIS : *Voir la rubrique* [Frais facturés aux personnes assurées \(frais accessoires\)](#).

1.3 La visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous s'applique au médecin classé en chirurgie orthopédique qui prend en charge un patient dont la lésion sarcomateuse a été confirmée histologiquement. Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

AVIS : *Voir les codes de facturation* **15131** ou **15132** *à l'onglet B - Tarification des visites à la spécialité de chirurgie orthopédique.*

RÈGLE 2.

2.1 Le chirurgien qui s'en tient au traitement principal d'une fracture ou d'une luxation et qui s'en remet au médecin traitant pour le reste, n'a pas droit au plein tarif.

On applique alors la règle de l'addendum de chirurgie; toutefois, dans le cas d'une réduction fermée, on partage également les honoraires entre le chirurgien et le médecin traitant.

Cette règle est sujette aux dérogations prévues au tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Soins post-opératoires confiés à un autre médecin ou Soins post-opératoires confiés par un autre médecin.**
Indiquer le numéro de l'autre médecin.

RÈGLE 3.

3.1 Le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction, s'il y a fracture ou luxation de plusieurs os majeurs.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ou luxation de plusieurs os majeurs.**

S'il y a fracture ou luxation d'un os majeur et d'un ou plusieurs os mineurs, on applique le demi-tarif pour le traitement de chaque os mineur.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie multiple pratiquée au cours d'une même séance.**

3.2 Un seul honoraire est exigible, s'il s'agit de fractures multiples du même os.

Lorsqu'il y a deux fractures du même os dont l'une est en rapport avec une articulation et qu'il y a réductions ouvertes par des voies d'approche différentes, le chirurgien a droit au plein tarif pour chaque réduction.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **L'une des deux fractures du même os est en rapport avec une articulation et il y a réductions par des voies d'approche différentes et l'élément de contexte Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Les deux fractures du même os sont reliées à une articulation.**

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Chirurgie principale bilatérale de même nature au niveau du deuxième membre.**

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Deuxième approche par voie différente, à la même séance.**

RÈGLE 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Fracture ouverte.**

RÈGLE 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Reprise de la réduction fermée.**

RÈGLE 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Intervention côté droit ou Intervention côté gauche.**

RÈGLE 7.

7.1 On accorde un honoraire de 134,90 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors de la chirurgie.**

7.2 On accorde un honoraire de 67,45 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors de la chirurgie.**

7.3 On accorde un honoraire de 134,90 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Prélèvement d'une greffe tendineuse lors de la chirurgie de reconstruction.**

RÈGLE 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

RÈGLE 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

RÈGLE 10.

FORFAIT POUR CHIRURGIE TUMORALES OU ONCOLOGIQUE COMPLEXES

(chirurgie oncologique ou pour lésions tumorales à comportement invasif ou récidivant : tumeur à cellule géante, tumeur desmoïde ou tumeur fibreuse solitaire)

Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgies tumorales ou oncologique d'une durée anesthésique de deux heures ou plus peuvent être rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : *Voir les codes de facturation* **02188, 02189, 02192, 09566, 09567, 18171, 18172 et 18173.**

RÈGLE 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

RÈGLE 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée.

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Biopsie osseuse ou des tissus mous avec analyse extemporanée effectuée le même jour que la chirurgie principale.**

RÈGLE 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

(CHUM).

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS : Voir les codes de facturation **19052, 18000, 18001, 18002, 18003, 18004, 18005 et 18006**.

Le médecin désigné qui effectue un déplacement de plus de 40 kilomètres de son établissement de pratique principal a également droit au paiement de ses frais de déplacement, selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 1 de l'annexe 23 de l'Accord-cadre.

AVIS : Pour les instructions de facturation, voir la section Facture de frais de déplacement du Guide de facturation - Rémunération à l'acte.

R = 1 R = 2

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Site différent**.

CRÂNE ET FACE

Arthrocentèse

18130	articulation temporo-mandibulaire unilatérale (PG-28)	179,15	5

Arthroplastie

02339	temporo-mandibulaire unilatérale	566,85	6

Biopsie

09550	ouverte (unique ou multiple) (PG-28)	174,15	6

Manipulation sous anesthésie générale

02862	temporo-mandibulaire	67,40	5

Excision

02206	condylectomie unilatérale	249,40	5
09551	tumeur bénigne (PG-28)	303,65	6
09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse	416,70	7
02112	hémimandibulectomie	337,05	7
02203	mandibulectomie totale	475,00	8
02204	maxillectomie supérieure totale	516,75	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite	679,95	12
02207	ménisectomie temporo-mandibulaire	303,55	5

Fractures

	arcade zygomatique :		
02512	réduction ouverte	124,35	5
	crâne		
	traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		
	fracture simple avec enfoncement		
07500	dure-mère intacte	503,10	10
07501	avec déchirure de la dure-mère	493,85	10
07502	avec traumatisme cérébral important	482,25	10
07503	intéressant les sinus	648,90	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydropnée	475,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte	440,65	10
07506	avec déchirure de la dure-mère	506,40	10
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	666,95	15
18131	mise en place d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	221,65	4
18132	exérèse d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	88,50	4
	maxillaire inférieur		
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	22,95	
02509	réduction fermée	59,00	4

	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale	554,15	6
02521	bilatérale	831,20	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	222,60	5
02523	méniscectomie	344,10	5
02524	ablation de l'apophyse coronoïde	103,85	5
	maxillaire supérieur		
02508	réduction fermée	52,80	5
02515	réduction ouverte	194,70	7
02516	fracture ¹ / 3 moyen de la face	943,90	10
02518	disjonction cranio-faciale	743,20	12
	nez		
02527	réduction (PG-28)	140,20	4
	os malaire		
02507	réduction fermée	154,85	6
	réduction ouverte		
02513	simple	221,65	5
02514	avec ostéosynthèse	471,90	5
02522	par voie sinusale	249,40	5

Incision et drainage

02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	544,60	4
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28)	296,95	4

Luxation

	temporo-mandibulaire		
02525	réduction fermée (PG-28)	74,30	5
02526	réduction ouverte	149,30	5

Ostéotomie

02017	maxillaire inférieur unilatéral	664,95	12
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (PG-28)	642,70	10
02019	avec greffe osseuse	976,20	15
02009	ostéotomie dento-alvéolaire	505,60	10
02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en 2 ou plusieurs sections	777,15	10
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
02089	par voie intracrânienne	2 549,05	18
02090	par voie extracrânienne	1 117,15	15

Reconstruction

02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	403,40	12
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (PG-28)	407,85	12
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne	2 622,65	18
02444	voie extracrânienne	2 210,00	18
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	443,30	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 899,90	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple	1 385,35	15
02447	en deux segments	1 429,25	15
02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 625,75	18
02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire	525,85	8

SQUELETTE AXIAL

COLONNE VERTÉBRALE

NOTE : Dans tous les cas d'approche antérieure de la colonne, la rémunération de l'approche antérieure n'est pas incluse dans le taux du service.

02170 approche thoracique ou abdominale : 211,10 \$

02171 approche thoraco-abdominale : 422,20 \$

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'Addendum 4 de Chirurgie.

Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance

	greffe seulement		
02915	un niveau	760,05	10
02916	deux niveaux	822,85	10
02917	trois niveaux ou plus	844,40	12
	greffe avec instrumentation		
02182	un niveau	1 055,50	12
02183	deux niveaux	1 108,30	12
02184	trois niveaux ou plus	1 329,95	15
02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	369,45	6
02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	218,70	4

Biopsie

02119	corps vertébral	369,45	7
02109	d'un élément postérieur	211,10	4

Décompression

NOTE : Aucun autre acte chirurgical de l'onglet musculo-squelettique ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des codes 02763, 02830, 02832, 02837 et 02838.

Un seul de ces suppléments est applicable par patient, par médecin, par séance.

NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (codes 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ».

Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la foraminotomie et la capsulotomie

02755	lombaire	886,60	15
02758	dorsale ou cervicale	868,70	15
02763	avec greffe, supplément	221,65	
02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	554,15	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)	738,85	
02837	un niveau, supplément	720,40	
02838	deux niveaux ou plus, supplément	942,05	

Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant

NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.

	voie postérieure sans greffe cervicale		
02210	un niveau	700,95	12
02217	deux niveaux ou plus	822,75	12
	dorsale		
18123	un niveau	1 266,60	15
	lombaire		
02216	un niveau	868,70	8
	chaque niveau additionnel	134,45	

AVIS : *Inscrire le nombre de niveaux.*

	avec greffe cervicale ou dorsale			
02910	un ou plusieurs niveaux	1 029,65	12	
	lombaire			
02922	un niveau	999,20	12	
02924	deux niveaux ou plus	1 116,75	12	
	avec greffe et instrumentation cervicale ou dorsale			
02923	un ou plusieurs niveaux	1 108,30	15	
	lombaire			
02022	un niveau	1 259,80	12	
02024	deux niveaux ou plus	1 213,85	15	
	voie antérieure cervicale avec ou sans greffe			
02173	un niveau	914,15	12	
02196	deux niveaux ou plus	1 166,35	12	
	avec greffe et instrumentation			
02140	un niveau	1 005,55	15	
18133	deux niveaux ou plus	1 210,40	15	
	avec remplacement par prothèse artificielle			
18134	un niveau	1 069,65	15	
18135	deux niveaux	1 379,00	15	
	dorsale ou lombaire sans greffe			
02087	un niveau	686,10	12	
02111	deux niveaux ou plus	791,65	12	
	avec greffe			
02117	un niveau	897,20	12	
02124	deux niveaux ou plus	1 051,25	12	
	avec greffe et instrumentation			
02128	un niveau	1 108,30	12	

02136	deux niveaux ou plus	1 213,85	12
	avec remplacement par prothèse		
02942	un niveau	1 319,40	12
02947	deux niveaux ou plus	1 424,95	15

Excision

02123	apophyse épineuse	211,10	5
02272	apophyse transverse	633,30	8
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux	1 055,50	12
02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies	1 329,95	18
18124	si exérèse d'un deuxième corps vertébral ou plus, supplément	422,20	
02221	greffe et instrumentation, supplément	443,30	
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02142	un niveau, supplément	604,00	
02143	deux niveaux ou plus, supplément	791,65	

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)	422,20	6

Fracture - colonne

NOTE : Lors d'une approche combinée (antérieure et postérieure), la deuxième approche est payée à 90% plutôt qu'à demi-tarif.

fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire

09569	réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation)	387,90	6

réduction ouverte