



MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

MISE À JOUR 75
NOVEMBRE 2009

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures.

SOMMAIRE

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

MODIFICATION 51, en vigueur le 1^{er} NOVEMBRE 2009, sauf mention contraire, ainsi que des modifications administratives

MODIFICATION 51

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

- La règle 14.5 a été modifié
Page : [A-12](#)
- Les règles 29.2 et 29.3 ont été ajoutés.
Page : [A-19](#)
- Le tableau des congés fériés a été modifié.
Page : [A-32](#)

ONGLETS B, C, D, E et F

- Modification de libellés, codes d'acte abolis, ajouts et changements de tarification de certains codes d'acte.
Pages : [B-5](#), [B-10](#) à [B-12](#), [B-18](#) à [B-28](#), [B-41](#) à [B-43](#), [B-62](#), [B-64](#) et [B-65](#),
[B-68](#), [B-75](#), [B-82](#) à [B-85](#), [B-87](#) à [B-90](#), [B-95](#) à [B-100](#), [B-104](#),
[B-107](#) à [B-110](#), [B-112](#) et [B-113](#), [B-115](#), [B-117](#) et [B-118](#),
[B-120](#) à [B-122](#), [B-127](#), [B-144](#), [B-147](#), [B-150](#) à [B-163](#)
- Pages :** [C-6](#), [C-7](#), [C-15](#) à [C-17](#), [C-19](#), [C-28](#), [C-36](#), [C-40](#), [C-44](#), [C-65](#), [C-70](#) et [C-73](#)
- Pages :** [D-7](#), [D-9](#) à [D-12](#)
- Pages :** [E-11](#) et [E-12](#)
- Pages :** [F-4](#), [F-6](#), [F-9](#) et [F-10](#), [F-12](#) et [F-13](#), [F-15](#) à [F-17](#)

ONGLETS G, H, J, K, L, M, N, P, Q, R et U

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

Pages : [G-3](#), [G-5](#) à G-7, [G-9](#), [G-11](#), [G-14](#) à G-16, [G-18](#) à G-21, [G-24](#) à G-34, [G-36](#) à G-39, [G-41](#) à G-46, [G-48](#) à G-52

Pages : [H-2](#) à H-6, [H-8](#) à H-11

Pages : [J-6](#), [J-9](#), [J-11](#), [J-15](#) et [J-16](#)

Page : [K-2](#)

Pages : [L-2](#), [L-7](#), [L-9](#) à L-13, [L-15](#), [L-18](#) et [L-19](#)

Pages : [M-3](#) et [M-11](#)

Pages : [N-2](#) et [N-3](#)

Pages : [P-7](#) à P-9

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

Page : [R-2](#)

Pages : [S-14](#) et [S-15](#)

Pages : [T-2](#) à T-10

Pages : [U-4](#) et [U-5](#)

MODIFICATION D'ORDRE ADMINISTRATIF

RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

- Les exemples de facturation ont été révisés.

Pages : [17](#) à 29

- Les règles 29.2 et 29.3 et l'annexe 29 ont été ajoutées.

Pages : [44](#) et [50](#)

- Des modificateurs ont été modifiés ou ajoutés.

Pages : [53](#) et [54](#), [56](#) et [57](#)

- Le libellé de la case C.S. - C - a été modifié.

Page : [58](#)

PAIEMENT

- Le libellé du n° 3 des renseignements généraux au point 4.4.1.1. a été modifié.

Page : [5](#)

MESSAGES EXPLICATIFS

- Modification du libellé des messages 259, 365, 658, 736 et 775.

Pages : [9](#), [14](#), [25](#), [29](#) et [32](#)

- Les messages 233, 243, 248, 327, 328 et 333 ont été abolis.

Pages : [8](#), [9](#), [12](#) et [13](#)

ONGLETS A, B, et E

- Certains avis ont été modifiés et des nouveaux ont été ajoutés.

Page : [A-19](#)

Pages : [B-67](#), [B-69](#), [B-86](#), [B-147](#), [B-162](#) et [B-163](#).

Pages : [E-11](#) et [E-12](#)

Remarque : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : n° 123 - novembre 2009.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :

Corrections d'ordre administratif

+ Modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

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

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service des relations avec la clientèle

**Régie de
l'assurance maladie**
Québec 

3.2.6.1 SECTION 6 Exemple de facturation d'une anesthésie

GÉNÉRALITÉS :

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

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

DURÉE :

Voir la Règle 4.3 de l'Addendum 8 de l'onglet *D - Anesthésiologie*.

Pour chacune des huit premières périodes (2 heures), on alloue une unité. Puis deux unités, de la 9e à la 19e période (moins de cinq heures).

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

#

CALCUL DES UNITÉS

Code 05269 = 6 unités de base

Durée :

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

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

Honoraires = 16 X 14,25 \$ = 228,00 \$

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

3.2.6.2 SECTION 6 Anesthésiologiste collaborateur (R=3)

Addendum 8 - Règle 8

#

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

CALCUL DES UNITÉS

Code 05130 = 12 unités de base

Durée :

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

L'anesthésiologiste collaborateur (R=3) doit inscrire dans la case *UNITÉS* le nombre total d'unités (de base et de durée), tout en ne calculant les honoraires que pour la moitié des unités de base (**maximum quatre (4)**) et le total des unités de durée de l'anesthésiologiste collaborateur (R=3).

Nombre total des unités = 10 unités de durée + 12 unités de base = 22 unités (à inscrire dans la case *UNITÉS*)

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

Honoraires = 14 X 14,25 \$ = 199,50 \$

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

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

Addendum 8 - Règle 9

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

Dans l'exemple :

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 Facturation des soins d'urgence en anesthésiologie et Règle 12 de l'Addendum 8

(Règles 14.3 et 14.5 - Préambule général)

GÉNÉRALITÉS :

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

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

La colonne de modificateurs DÉBUT DE L'OPÉRATION donne la liste des modificateurs à utiliser en début d'anesthésie. Si celle-ci se prolonge au moment où la majoration est différente (ou encore sans majoration) il faut utiliser un des modificateurs de la deuxième colonne SUITE DE L'OPÉRATION. (Voir les exemples dans les pages suivantes).

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

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

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

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

Intervalle	Début de l'opération (Tous les rôles)	Suite de l'opération (Rôle 2 ou 3)
En tout temps, sauf du lundi au vendredi de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h	-----	098
Du lundi au vendredi, de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h (Majoration de 15 % ^(*))	919 ^(*)	098 ou 225 ^(*)

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

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

Exemples de facturation des soins d'urgence en anesthésiologie

EXEMPLE 1

Anesthésie débutant et finissant durant la même période de majoration.

#

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

- Utiliser les modificateurs de la colonne DÉBUT DE L'OPÉRATION du tableau de la page précédente.

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05456 = 6 unités de base

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite**EXEMPLE 2**

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

#

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

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

CALCUL DES HONORAIRES

Code 05456 = 6 unités de base

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

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

Honoraires pour le début de l'opération :

Valeur de base (6 unités) + unités de durée de 17 h à 19 h (8 unités) = 14

unités (14 X 14,25 \$) non majorable = 199,50 \$

Honoraires pour la fin de l'opération :

Unités de durée de 17h à 20h (16 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (8 unités) = 8 unités
(8 X 14,25 \$) majoré de 70 % (MOD=090) = 193,80 \$

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 3

Anesthésie débutant dans une période avec majoration et se terminant dans une période avec majoration différente.

#

INSTRUCTIONS DE FACTURATION

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

CALCUL DES HONORAIRES

Code 02352 = 18 unités de base

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

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

Honoraires pour le début de l'opération :

- # Valeur de base (18 unités) + unités de durée de 23h à minuit (4 unités) = 22 unités (22 X 14,25 \$) majoré de 70 % (MOD=018) = 532,95 \$

Honoraires pour la fin de l'opération :

- # Unités de durée de 23h à 5h (45 unités) moins les unités de durée du début de l'opération (4 unités) = 41 unités
(41 X 14,25 \$) majoré de 150 % (MOD=091) = 1 460,63 \$

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

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

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

Codes 04529 = 18 unités de base

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

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

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

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

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

Codes 04529 = 18 unités de base

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

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

#	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
	23 h à minuit	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unité	14,25 \$	018	70 %	532,95 \$
	23 h à 7 h (minuit à 7 h)	69	69 - 4 = 65 unités	14,25 \$	091	150 %	2 315,63 \$(*)
	23 h à 8 h (7 h à 8 h)	81	81 - 69 = 12 unités	14,25 \$	225	15 %	196,65 \$

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 6

Facturation en rémunération mixte non en urgence

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

1^{re} demande de paiement

2^e demande de paiement

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

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

EXEMPLE 6 - suite**Facturation en rémunération mixte non en urgence** (suite)

Anesthésie dont le temps chevauche plusieurs périodes de majorations différentes

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

Codes 04529 = 18 unités de base

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

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

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

* Calculé selon le tableau des suppléments d'honoraires

3.2.6.4 SECTION 6 - suite

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

INSTRUCTION DE FACTURATION

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

Codes 04529 = 18 unités de base

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

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

#	PH	Période totale (période visée)	Unité durée / période totale	Unités période totale - unités période précédente = unités à facturer	Tarif unitaire	Modificateur	Majoration	Total
	4	23 h à minuit	4	(4 unités + 18 unités base) - 0 = 22 unités	14,25 \$	109	70 %	532,95 \$
	1	23 h à 7 h (minuit à 7 h)	69	69 - 4 = 65 unités	14,25 \$	113	150 %	2 315,63 \$(*)
	2	23 h à 8 h (7 h à 8 h)	81	81 - 69 = 12 unités	14,25 \$	226	15 %	196,65 \$

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

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

VISITES

AUTRES SERVICES

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

RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés entre 19 h et minuit - Pour toutes les spécialités	MOD=018
- En anesthésiologie (suite de l'opération).	MOD=090
RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence donnés le week-end et les jours fériés - Pour toutes les spécialités	MOD=019
- En anesthésiologie (suite de l'opération).	MOD=092
RÈGLE 14 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Aucune majoration pour la suite de l'opération pour les soins d'urgence donnés en anesthésiologie entre 7 h et 19 h du lundi au vendredi.	MOD=098
RÈGLE 17 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Lorsqu'un service autre que les visites est effectué dans un LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT	MOD=033
RÈGLE 22 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Pour les soins rendus hors-discipline.	MOD=075
RÈGLE 23 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Majoration d'honoraires pour des procédés ou chirurgies pédiatriques chez un enfant de moins de 2 ans (PG-23) - En médecine et chirurgie.	MOD=060
RÈGLE 23.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Majoration d'honoraires pour des chirurgies, visites ou procédés diagnostiques et thérapeutiques chez un enfant de moins de 6 ans - En ophtalmologie	MOD=196
RÈGLE 23.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Majoration d'honoraires pour des chirurgies au tarif des actes codés 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357 chez un enfant de 14 ans ou moins - En chirurgie plastique	MOD=197
RÈGLE 24 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Majoration des honoraires en ophtalmologie pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient sous anesthésie générale exécutée par un médecin anesthésiologiste.	MOD=070
RÈGLE 25 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL Majoration des honoraires en oto-rhino-laryngologie pour les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies fait seuls, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.	MOD=142

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

RÈGLE 26 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=143

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

MOD=194

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

MOD=195

RÈGLE 27 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=167

RÈGLE 29.1 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=065

RÈGLE 29.2 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

En médecine interne, 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 majorée de 15 % lorsque le patient est atteint d'une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes

MOD=067

RÈGLE 29.3 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

En médecine interne, 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 majorée de 40 % lorsque le patient est atteint d'une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées à la règle 29.2 .

MOD=063

RÈGLE 30 DU PRÉAMBULE GÉNÉRAL

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

MOD=100

CONSULTATION ET EXAMEN

NÉPHROLOGIE

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

MÉDECINE D'URGENCE

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

- Week-end et les jours fériés, de 8h à minuit **MOD=181**

- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7 h **MOD=182**

- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 8 h pour le médecin

qui assume le quart de travail de nuit **MOD=182**

- Lundi au vendredi, de 16h à minuit **MOD=183**

MÉDECINE D'URGENCE

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

- Week-end et les jours fériés, de 7h à 19h **MOD=184**

MÉDECINE D'URGENCE

Majoration d'honoraires pour les soins d'urgence dispensés **ailleurs** qu'à la salle d'urgence lorsque le médecin spécialiste en médecine d'urgence est appelé pour une urgence: (voir la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence)

- Tous les jours incluant les jours fériés, de 19h à minuit. **MOD=185**

- Tous les jours incluant les jours fériés, de minuit à 7h. **MOD=186**

MÉDECINE D'URGENCE

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

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

PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

TABLEAU D'HONORAIRES

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

TABLEAU D'HONORAIRES

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

TABLEAU D'HONORAIRES

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

ANESTHÉSIOLOGIE

RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 8

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

RÈGLE 9 DE L'ADDENDUM 8

Médecin remplaçant un premier médecin au cours d'un acte anesthésique **MOD=037**

RÈGLE 11 DE L'ADDENDUM 8

Anesthésie entreprise par un médecin anesthésiologiste pendant qu'une autre est en cours sous sa responsabilité **MOD=034**

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

RÈGLE 12 DE L'ADDENDUM 8 Majoration d'honoraires de 15 % entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h sur des services médicaux visés rendus par un anesthésiologiste en semaine, sauf les jours fériés. Cette majoration s'applique toutefois jusqu'à 21 h pour les professionnels soumis à la rémunération mixte... Majoration pour les suites de l'opération	MOD=919 MOD=225
RÈGLE 13.1 DE L'ADDENDUM 8 En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 50 % pour tous les services médicaux dispensés à un enfant de moins de 2 ans (sauf le collaborateur R3)..	MOD=166
# RÈGLE 13.2 DE L'ADDENDUM 8 En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 25 % des services médicaux codés 00905, 05021, 05203, 05228, 05455, 05456, 05457, 05459, 05462, 05468, 05469, 05488, 05492, 06127, 06390, 07077, 07078, 07083 et 07308, dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement (sauf le collaborateur R3)..	MOD=015
RÈGLE 13.3 DE L'ADDENDUM 8 En anesthésiologie, majoration d'honoraires de 25 % pour tous les services médicaux dispensés à un patient âgé de 80 ans et plus (sauf le collaborateur R3)	MOD=022
TABLEAU D'HONORAIRES Lorsque le coeur-poumon artificiel est utilisé au cours d'une anesthésie	MOD=036
CHIRURGIE	
RÈGLE 2.2 DE L'ADDENDUM 4 Pour les visites ou consultations effectuées par le chirurgien de jour si aucun modificateur d'urgence ne s'applique et s'il s'agit d'une personne assurée traitée d'urgence et prise en charge le même jour	MOD=179
RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4 Le chirurgien qui confie le malade au soin d'un autre médecin pour les soins post-opératoires	MOD=024
RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4 Le médecin qui donne les soins post-opératoires	MOD=025
RÈGLE 5 DE L'ADDENDUM 4 Le médecin qui donne les soins post-opératoires lorsque le chirurgien est un consultant ou si la chirurgie a été pratiquée dans un autre centre hospitalier	MOD=026
RÈGLE 8.1 DE L'ADDENDUM 4 Lorsque chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance opératoire	MOD=050
RÈGLE 8.4 DE L'ADDENDUM 4 En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire	MOD=122
RÈGLE 8.5 DE L'ADDENDUM 4 En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, en situation d'urgence survenant en dehors des périodes où les modificateurs d'urgence s'appliquent	MOD=123
En ophtalmologie, lors de chirurgies multiples de l'appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes, sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence	MOD=125

RÈGLE 18 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Présence d'informations dans la case <i>DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</i> pour un examen complémentaire justifié par des indications cliniques ou pour un examen différent de celui indiqué sur la requête ou encore pour un examen pour lequel l'indication clinique est exigée	MOD=009
RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en cabinet privé	MOD=008
RÈGLE 19 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Révision avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, de document radiologique fait ailleurs ou dont le rapport a déjà été fourni en établissement	MOD=021
RÈGLE 22 DE L'ADDENDUM 4 - ANNEXE 5 Révision, avec rapport écrit, à la demande d'un médecin, d'un examen de résonance magnétique ou de tomodensitométrie	MOD=043
TABLEAU DES HONORAIRES Services médicaux rémunérés à 150 % du tarif prévu si effectués chez un patient de moins de 10 ans	MOD=066
RÉSONANCE MAGNÉTIQUE La synchronisation cardiaque pour étude cardiaque ou des grands vaisseaux, lors d'un examen du thorax	MOD=071
ANNEXE 10	
Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte) Pédiatrie	MOD=136
Cardiologie	MOD=138
Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte)	MOD=137
Pédiatrie	MOD=139
Cardiologie	MOD=139
Lorsqu'un acte est effectué durant la période pour laquelle le professionnel a reçu une prime pour une assignation de garde sur place aux urgences la nuit	MOD=073
Majoration des honoraires pour l'horaire de nuit qui s'étend de la période comprise entre minuit et 8 h ou entre minuit et 7 h (rémunération mixte) ..	MOD=007

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

ANNEXE 11

LETTRE D'ENTENTE A-47
Visite principale d'un patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse **MOD=141**

LETTRE D'ENTENTE 151
Majoration d'honoraires de 20 % pour tous les services rendus au Centre hospitalier Honoré Mercier et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe **MOD=173**

LETTRE D'ENTENTE 160
Majoration d'honoraires de 7 % pour tous les services rendus sur le site de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudières-Appalaches **MOD=193**

LETTRE D'ENTENTE 162
Majoration d'honoraires de 25 % pour les services rendus en gynécologie-obstétrique et oto-rhino-laryngologie dans le cadre de l'Entente de télésanté entre le CH de Lanaudière et la Communauté Atikamekw de Manawan **MOD=011**

ANNEXE 15

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

ANNEXE 24 (services médico-administratifs de la CSST)

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

ANNEXES 27 ET 28

Majoration des honoraires pour l'horaire de soir qui s'entend de la période comprise entre 19 h et minuit ou entre 21 h et minuit (rémunération mixte) **MOD=005**

Majoration des honoraires pour le week-end et les jours fériés qui s'applique entre 8 h et minuit ou entre 7 h et minuit (rémunération mixte). **MOD=006**

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

ANNEXES 29

Majoration des honoraires pour le forfait de prise en charge du patient et le forfait de prise en charge de l'unité le samedi, le dimanche et un jour férié. **MOD=108**

MODIFICATEURS MULTIPLES

INSTRUCTIONS DE FACTURATION :

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

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
005 - 094	200	1,3333
006 - 094	201	1,3333
007 - 094	202	1,9000
009 - 017	700	2,5000
009 - 018	701	1,7000
009 - 019	702	1,7000
009 - 093	080	1,0000
009 - 094	081	1,0000
009 - 105	251	1.1500
009 - 106	252	1.1500
009 - 107	253	1.6000
009 - 109	703	1,7000
009 - 110	704	2,5000
009 - 111	705	1,7000
015 - 116	801	1,2500
017 - 045	223	2,2500
017 - 050	088	1,2500
# 017 - 050 - 093	300	1,2500
017 - 068	210	2,2500
017 - 069	216	1,8750
017 - 093	617	2,5000
017 - 094	089	2,5000
017 - 122	273	1,8750
017 - 134	526	2,2500
017 - 150	535	2,2500
017 - 172	574	1,2500
017 - 178	640	2,5000
018 - 045	234	1,5300
018 - 050	082	0,8500
# 018 - 050 - 093	301	0,8500

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	018 - 068	211	1,5300
	018 - 069	217	1,2750
	018 - 093	618	1,7000
	018 - 094	083	1,7000
	018 - 122	274	1,2750
	018 - 134	527	1,5300
	018 - 150	536	1,5300
	018 - 172	577	0,8500
	018 - 178	641	1,7000
	019 - 045	235	1,5300
	019 - 050	084	0,8500
#	019 - 050 - 093	302	0,8500
	019 - 068	212	1,5300
	019 - 069	218	1,2750
	019 - 093	619	1,7000
	019 - 094	085	1,7000
	019 - 122	275	1,2750
	019 - 134	528	1,5300
	019 - 150	537	1,5300
	019 - 172	578	0,8500
	019 - 178	642	1,7000
	022 - 116	802	1,2500
	042 - 050	205	0,1000
	042 - 094	206	0,2000
	045 - 060	236	1,1250
	045 - 109	293	1,5300
	045 - 110	294	2,2500
	045 - 111	295	1,5300
	050 - 075	087	0,3750
	050 - 093	086	0,5000
#	050 - 093 - 109	303	0,8500
#	050 - 093 - 110	304	1,2500
#	050 - 093 - 111	305	0,8500
	050 - 093 - 173	319	0,6000
	050 - 109	239	0,8500
	050 - 110	240	1,2500

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
050 - 111	241	0,8500
050 - 117	248	0,5000
050 - 121	665	0,5000
050 - 181	667	0,6666
050 - 182	670	0,7500
050 - 183	673	0,6666
050 - 184	676	0,6666
050 - 185	679	0,8500
050 - 186	682	1,2500
050 - 188	687	0,5000
050 - 189	659	0,5000
050 - 192	809	0,5000
068 - 109	213	1,5300
068 - 110	214	2,2500
068 - 111	215	1,5300
069 - 109	219	1,2750
069 - 110	220	1,8750
069 - 111	221	1,2750
074 - 105	250	1.1500
093 - 094	095	1,0000
093 - 109	620	1,7000
093 - 110	621	2,5000
093 - 111	622	1,7000
093 - 122	279	0,7500
093 - 125	523	0,7500
093 - 169	524	+100,00 \$ (*)
093 - 172	572	0,5000
093 - 178	638	1,0000
093 - 181	668	1,3333
093 - 182	671	1,5000
093 - 183	674	1,3333
093 - 184	677	1,3333
093 - 185	680	1,7000
093 - 186	683	2,5000
093 - 188	689	1,0000
093 - 189	660	1,0000

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
094 - 109	242	1,7000
094 - 110	243	2,5000
094 - 111	244	1,7000
094 - 117	249	1,0000
094 - 121	666	1,0000
094 - 136	286	1,5000
094 - 137	287	1,5000
094 - 138	288	1,3333
094 - 139	289	1,3333
094 - 169	525	+100,00 \$ (*)
094 - 172	573	0,5000
094 - 178	639	1,0000
094 - 179	647	1,0000
094 - 181	669	1,3333
094 - 182	672	1,5000
094 - 183	675	1,3333
094 - 184	678	1,3333
094 - 185	681	1,7000
094 - 186	684	2,5000
094 - 188	688	1,0000
094 - 189	661	1,0000
094 - 192	810	1,0000
098 - 919	225	1,1500
# 108 - 117	266	1,3333
# 108 - 121	267	1,3333
109 - 117	245	1,7000
109 - 122	276	1,2750
109 - 134	529	1,5300
109 - 150	538	1,5300
# 109 - 166	837	2,5500
109 - 172	591	0,8500
109 - 178	643	1,7000

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

	Combinaison de modificateurs	Mod. mult.	Constante (Facteurs de multiplication)
	110 - 117	246	2,5000
	110 - 122	277	1,8750
	110 - 134	530	2,2500
	110 - 150	539	2,2500
#	110 - 166	838	3,7500
	110 - 172	592	1,2500
	110 - 178	644	2,5000
	111 - 117	247	1,7000
	111 - 122	278	1,2750
	111 - 134	531	1,5300
	111 - 150	540	1,5300
#	111 - 166	839	2,5500
	111 - 172	593	0,8500
	111 - 178	645	1,7000
#	112 - 166	840	2,5500
#	113 - 166	841	3,7500
#	114 - 166	842	2,5500
#	115 - 166	843	1,5000
	115 - 919	226	1,1500
	116 - 919	227	1,1500
	116 - 166	800	1,5000
	117 - 172	594	0,5000
	121 - 184	699	1,3333
	121 - 185	663	1,7000
	121 - 186	664	2,5000
	130 - 919	224	1,1500
#	166 - 919	844	1,7250
	181 - 187	694	1,3333
	182 - 187	695	1,5000
	183 - 187	696	1,3333
	184 - 189	656	1,3333
	185 - 188	685	1,7000
	185 - 189	657	1,7000
	186 - 188	686	2,5000
	186 - 189	658	2,5000
	Autres combinaisons	099	à calculer

ANNEXE III

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

- A :** Renseignements complémentaires reliés à toute autre circonstance n'ayant pas d'incidence monétaire
- B :** Refacturation après annulation ou refus de paiement
- C :** - Personne assurée ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie et âgée de moins d'un an,
- ou admise dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un établissement pour y recevoir des soins prolongés,
- ou âgée de plus de 14 ans mais moins de 18 et recevant des services assurés sans autorisation parentale
- D :** Personne requérant des soins urgents et ne pouvant être identifiée par son numéro d'assurance maladie
- E :** Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité par un professionnel habituellement rémunéré au per diem devant être rémunéré à l'acte - (article 6.1 de l'Annexe 15)
- J :** Personne soumise au délai de carence prévu dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, mais pour laquelle les services rendus sont payables suivant une des conditions prévues dans la mesure d'exception gérée par la RAMQ à la demande du MSSS
- K :** Le professionnel doit fournir avec certains actes de génétique médicale un code OMIM (« Online Mendelian Inheritance in Man ») composé de 6 chiffres qui doit être inscrit dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**
- N :** - Demande d'honoraire additionnel (Voir la Règle 16 du Préambule général).
- Lorsque les lettres C.S. sont inscrites au tarif, à la place d'un montant d'honoraires
- Q :** Indicateur précisant que le **même service est rendu plus d'une fois le même jour** au même patient et a été facturé sur des demandes de paiement différentes. La lettre « Q » doit être inscrite dans la case **C.S. sur la deuxième demande de paiement** et ses subséquentes. (Voir la section 3.2.7.1 *Lettre Q - Exemples de facturation d'une suite de traitement*, sous le présent onglet)
- R :** Personne assurée sous respirateur dans une unité de soins de néonatalogie.
- S :** Services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST
- W :** Services rendus dans le cadre du programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C

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

ANNEXE IV

NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

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

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

II Système de codification des établissements :

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

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

B- AUTRES ÉTABLISSEMENTS AU QUÉBEC

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

3. RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

Spécialistes

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

C- CENTRES HOSPITALIERS HORS PROVINCE

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

* Exceptions à la codification du numéro

4.4.1 Description

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

4.4.1.1 Renseignements généraux

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

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

4.4.1.2 Sommaire

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

Messages généraux**Paielements et retenues**

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

Déductions cumulatives**Description des codes de transaction**

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

4.4.1.4 Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle

Les renseignements inscrits dans les diverses colonnes sont les suivants :

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

4.4.1.5 Avis de remboursement à la personne assurée

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

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

4.4.2 Vérification des paiements

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

4.5 RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PAIEMENT

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

4.5.1 Paiement autorisé tel que réclamé

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

4.5.2 Demandes de paiement en cours de traitement

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

4.5.3 Paiement refusé en partie

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

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

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

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

4.5.4 Paiement refusé en totalité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.6 ANNULATION D'UNE DEMANDE DE PAIEMENT

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

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

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

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

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

4.7 CODES DE TRANSACTIONS

Une codification numérique vous informe de l'état du règlement de vos demandes de paiement (codes de transactions - voir 4.7) et vous avise des motifs à l'appui d'un changement au montant demandé (codes de messages explicatifs - voir 5.1, sous l'onglet *Messages explicatifs*).

Aucun code : Demande de paiement payée au montant demandé.

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

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

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

- 125** En raison de la règle 8.1 du Préambule général ou de l'Addendum 4 (Chirurgie), le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 050.
- 127** Service non assuré puisque relié à un problème de daltonisme ou de réfraction et dispensé à une personne de 18 à 64 ans inclusivement. (Réf. : article 22, paragraphe u) du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie).
- 129** Vous devez inscrire la lettre « J » dans la case C.S. pour la facturation de tout service rendu à une personne en provenance d'un pays étranger, soumise au délai de carence et rencontrant une des situations prévues au programme spécifique en cette matière.
- 134** En raison de la Règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, au même site, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 135** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seuls les honoraires de l'acte dont le tarif est le plus élevé sont payables au cours d'une même séance, et ces honoraires ont déjà été payés à un autre professionnel.
- 136** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi-tarif. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 137** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, les honoraires du code d'acte dont le tarif est le moins élevé sont payés à demi tarif.
- 140** Demande de paiement révisée à votre demande et sans impact monétaire.
- 141** Demande de paiement révisée par la Régie et sans impact monétaire.
- 142** Nos fichiers indiquent, qu'à la date des services, la carte d'assurance maladie de la personne assurée était annulée.
- 144** En vertu des lettres d'entente 102 et 112, vous ne pouvez facturer ce montant forfaitaire puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière.
- 145** Un seul code d'évaluation psychiatrique est payable par ordonnance même s'il est facturé avec plus d'un modificateur.
- 146** Vous ne pouvez facturer ce code d'acte puisque vous bénéficiez d'une allocation de fin de carrière, et ce, en vertu du programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé, à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.
- 147** Code d'acte requérant un document d'ordonnance d'évaluation ou un subpoena pour son appréciation. Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement accompagnée du document.
- 148** Les frais de séjour sont payables seulement avec le code d'acte 09810 « Comparution à la cour ».
- 149** Le code d'acte demandé ne peut vous être payé car les services rémunérables en regard d'une ordonnance de traitement sont ceux de votre entente générale.
- 150** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, ce service n'est pas payable lorsque fait pour comparaison morphologique.
- 151** En raison de la règle 7.1 de l'Addendum 4 (Radiologie diagnostique) Annexe 5, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

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

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

- 223** Votre statut de résident en médecine ne vous permet pas de recevoir des honoraires pour les services facturés dans cet établissement.
- 225** Le service facturé ne peut vous être payé puisqu'il n'est pas assuré (réf. : Loi sur l'assurance maladie, article 3).
- 226** En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 227** En raison de la Règle d'application n° 22, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 228** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 27.
- 229** Conformément au maximum de la Règle d'application n° 27, cet acte a déjà été payé à un autre professionnel.
- 232** La refacturation de cet acte doit être justifiée par des notes explicatives car il a déjà été payé à un autre professionnel.
- 234** En raison de l'application de la règle 24 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 235** En raison de la Règle d'application n° 20, en neurochirurgie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance, par site.
- 236** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA 23.
- 237** En raison de la Règle d'application n° 17, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 238** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 18.
- 240** En raison de la Règle d'application n° 19, cet acte ne donne pas ouverture au paiement.
- 241** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 072.
- 242** Conformément au maximum prévu à la règle 5.7 du Préambule général.
- 244** En raison de la règle 6 (règle 5 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie, le supplément de durée n'est rémunérable que deux fois par période de 12 mois pour un même malade.

- 245** En raison de la règle 8.2 de l'Addendum 4 - Chirurgie, en neurochirurgie, les chirurgies multiples pratiquées au cours d'une même séance à des sites différents, sont payables à plein tarif.
- 246** En raison de la Règle d'application n° 28, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 247** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 25.
- 249** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 6 (Obstétrique-gynécologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 250** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas inscrit. Voir la section **3.2.3, médecin ayant requis des services**, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 251** Le numéro du professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique ne figure pas dans nos fichiers. Voir la section **3.2.3, médecin ayant requis des services**, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 253** Le code d'acte réclamé ne s'applique pas au groupe auquel vous appartenez (réf. : article 2 de l'Addendum 1 - Médecine).
- 256** Seuls les médecins autorisés peuvent facturer des services avec ce modificateur.
- 257** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence.
- 258** En raison de l'application de la Règle 25 du Préambule général, les honoraires de la visite sont inclus dans le code d'acte indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- # 259** Selon la note 2 relative à l'évaluation neuro-ophtalmologique, cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un neurologue, un neurochirurgien ou un ophtalmologiste.
- 260** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique n'est pas admissible à agir à ce titre.
- 261** Le professionnel qui a demandé la visite, la consultation ou l'acte de radiologie diagnostique est inéligible à la date de l'acte.
- 262** La spécialité de classement du médecin référant doit être différente de celle du médecin traitant.
- 263** En raison de son libellé (description), cet acte est payable lorsque le patient est dirigé par un cardiologue.
- 264** Conformément à la règle 2.5 de l'Addendum 4 (Chirurgie), la spécialité de classement du professionnel référant doit être la même que celle du professionnel traitant. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

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

- 284** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 285** Conformément à la règle 1.1 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie), cet acte est inclus dans celui indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 286** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie).
- 287** Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 10 (Microbiologie-Infectiologie) et déjà facturé par un autre professionnel.
- 288** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 289** En raison de la Règle d'application n° 14, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et déjà facturé par un autre professionnel.
- 297** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée (réf. : Règle 23 du Préambule général et Règle 13 de l'addendum 8 - Anesthésiologie).
- 298** Le coût du service facturé ne peut être payé parce qu'il est inclus dans le tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 299** Votre demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière d'ordre médical et administratif: le montant payé correspond aux honoraires autorisés compte tenu du tarif interprovincial accordé à l'établissement.
- 300** Dates de visites rectifiées conformément aux renseignements donnés sur la demande de paiement.
- 301** Sur une ligne de la section visites de la demande de paiement, des quantités (dates) chevauchent deux mois. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 302** Aucune unité n'est payable pour ce code d'acte.
- 304** Conformément à l'Annexe 10 (Brochure n° 1), cet acte ne donne pas ouverture au paiement d'honoraires majorés pour l'horaire du soir, du week-end ou des jours fériés (modificateurs 136, 137, 138 et 139).
- 305** La date de service est antérieure à la date de l'accident ou de l'événement pour lequel des services imputables à la CSST sont réclamés. Dans le cas d'un retrait préventif, la date de l'accident ou de l'événement doit être la même que celle de la rédaction du formulaire.
- 306** Utilisation inadéquate de la case réservée à l'inscription de la date d'accident ou d'événement. Cette case doit être remplie seulement si des services imputables à la CSST sont facturés.
- 307** En raison de la règle 2 de l'Addendum 2 - Pédiatrie, cet acte est inclus avec celui indiqué en référence.
- 308** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec l'âge de la personne assurée. Voir la note se rapportant au code d'acte facturé.

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

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

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

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

- 518** Les actes réclamés n'étant pas de nature différente, non complémentaires et non inclus et ayant été pratiqués au cours de la même séance opératoire par des chirurgiens de la même spécialité, la règle 9 de l'Addendum 4 (Chirurgie) ne peut être appliquée dans ce cas.
- 519** En raison de la règle 1.1 et 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 520** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 1.1 et 2.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 521** En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 522** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 523** En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 524** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 525** En raison de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 526** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 527** En raison de la règle 4.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 528** En raison de la règle 8.3 du préambule général, cet acte est soumis à l'application du modificateur 069.
- 529** En raison de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 530** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.2 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 531** En raison de la règle 5.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 024, 025 ou 026.
- 539** En raison de la règle 1.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 540** Selon la règle 7.1 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le médecin anesthésiologiste a droit aux unités de base de l'intervention principale seulement et aux unités de durée.
- 542** En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 543** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 2.1 de l'Addendum 6 (Obstétrique-Gynécologie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- 544** En raison de la Règle d'application n° 4, en Obstétrique-Gynécologie, seul l'honoraire de l'acte dont le tarif est le plus élevé est payé par séance.
- 545** En raison de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 546** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 2, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 547** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la Règle d'application n° 3, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 548** En raison de leur libellé (description) et de la règle 12.1 du Préambule général, il y a inclusion ou incompatibilité entre cet acte et celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 549** Tel que spécifié dans la Règle d'application n° 2, cet acte doit être accompagné de notes explicatives.
- 550** Le rôle demandé n'étant pas négocié pour cet acte, le règlement sera fait dès qu'une entente sera intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération relativement à cet acte.
- 551** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui s'appliquent dans un établissement hospitalier d'une région insuffisamment pourvue de professionnels de la santé ou dans ceux visés par la Lettre d'entente A-96, 98 (Brochure n° 1).
- 552** Conformément à la note 2 (Système cardiaque), lors d'une chirurgie valvulaire ou aortique associée à une chirurgie valvulaire ou à un pontage coronarien, le modificateur 045 s'applique.
- 553** Le rôle est absent ou invraisemblable.
- 554** Le rôle demandé est inexistant pour ce code d'acte.
- 555** Conformément à la règle 8.1 i) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 556** En raison de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - obstétrique gynécologie, cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 557** Conformément à la règle 8.1 ii) de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, la majoration d'honoraires est acceptable seulement en établissement ailleurs qu'à la salle d'urgence.
- 558** Conformément à la règle 24, 25 ou 30 du Préambule général, le modificateur est incompatible avec le code d'établissement (suffixe) inscrit sur la demande de paiement.
- 559** Conformément à la règle 1.1, 2.1, 2.2 ou 6.4 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes*, le modificateur 187 est acceptable seulement à la salle d'urgence.
- 560** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec le rôle demandé par un autre professionnel pour le même code d'acte.
- 561** Le rôle demandé pour ce code d'acte est incompatible avec celui demandé pour le même code d'acte sur la demande de paiement indiquée en référence.

- 562** Selon leur définition ces rôles ne peuvent être demandés simultanément pour le même acte.
- 563** Le rôle et la spécialité sont incompatibles pour ce code d'acte.
- 564** Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n° 5), le modificateur 189 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis.
- 565** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 566** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), seuls les honoraires de l'acte, dont le tarif est le plus élevé, sont payés par séance. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 567** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires de l'acte, dont le tarif est le moins élevé, sont payés à demi-tarif.
- 568** L'acte facturé ne répond pas aux conditions prévues à la règle 10 de l'Addendum 4 de la Chirurgie pour le rôle d'assistant au chirurgien principal.
- 569** Conformément à la Règle 3.3 de l'Addendum 5 (musculo-squelettique), le modificateur 134 s'applique lors d'une chirurgie orthopédique bilatérale, pour la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre.
- 570** Vous avez utilisé un modificateur qui n'a pas été négocié pour ce code d'acte.
- 571** Vous avez utilisé un ou des modificateurs qui ne s'appliquent pas à l'acte facturé sur la demande de paiement.
- 572** Vous avez utilisé un modificateur incompatible avec le rôle inscrit pour ce code d'acte.
- 573** Conformément à l'Annexe 38 (Brochure n° 5), le modificateur est incompatible avec le code de l'établissement inscrit sur la demande de paiement.
- 574** L'heure indiquée dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ne correspond pas au modificateur employé. Veuillez vérifier et resoumettre, s'il y a lieu.
- 575** Selon les renseignements fournis, plus d'un modificateur s'applique pour ce code d'acte. Voir la section 6 : *Facturation des actes*, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 576** Conformément à la note de la rubrique Chirurgie de l'arythmie (Système cardiaque), le modificateur 053 s'applique.
- 577** Conformément à la règle 14 du Préambule général, à la règle 8.2 de l'Addendum 11 - Médecine d'urgence du *Manuel des médecins spécialistes* et à la règle 4.2 du Préambule général du *Manuel des services de laboratoire en établissement*, la majoration d'honoraires pour les soins d'urgence est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHGS).
- 578** Ce modificateur est applicable seulement pour des services rendus le week-end et les jours fériés.
- 579** Le modificateur utilisé est non permis pour l'établissement facturé.
- 580** En raison de la règle 8.4 de l'Addendum 4 (chirurgie), cet acte est soumis à l'application du modificateur 122.
- 581** En raison de la règle 8.5 de l'Addendum 4 (chirurgie), cet acte est soumis à l'application du modificateur 125.

- 582** Veuillez utiliser le modificateur multiple correspondant à la combinaison de modificateurs inscrits dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.
- 583** Conformément à l'article 4.1 de l'Annexe 40 (Brochure n° 5), le modificateur 188 est acceptable seulement pour les services rendus auprès d'un patient admis ou en clinique externe.
- 584** Vous avez utilisé un modificateur qui ne s'applique qu'en cabinet privé seulement.
- 585** L'acte facturé ne peut être payé lorsqu'il est effectué dans un local sous gestion du gouvernement. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 586** Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), la tarification 2/3-1/3 s'applique seulement si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente.
- 587** Selon la note 3 relative aux réductions ouvertes (fracture de la colonne), si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=058) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=059).
- 588** Selon la règle 8 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), on accorde au médecin anesthésiologiste collaborateur un maximum de 4 unités de base pour l'ensemble des services qu'il rend au cours de la séance.
- 589** La majoration d'honoraires pour l'horaire de soir, le week-end ou les jours fériés est acceptable seulement dans les centres hospitaliers désignés par les Annexes 10, 27 et 28.
- 590** Ce modificateur est applicable seulement pour les services rendus en semaine, et un jour différent d'un congé férié.
- 591** En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), seul le modificateur le plus rémunérateur a été considéré pour le paiement.
- 593** En raison de l'article 3 de l'Addendum 7 (Médecine nucléaire), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), aucun modificateur de majoration ne peut s'appliquer pour un examen cardio-vasculaire, endocrinien ou urinaire.
- 594** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 4.1 de l'Addendum 4 (Chirurgie), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 595** Selon l'article 10 de l'Annexe 24, vous n'avez pas la désignation et/ou la spécialité requise(s) pour être rémunéré pour cet acte.
- 596** La durée de l'anesthésie relative à l'acte facturé coïncide avec la durée de l'acte lui-même; la valeur de durée est donc incluse dans la valeur du rôle 1.
- 597** Conformément à la règle 7 de l'Addendum 8 (Anesthésiologie), le tarif de l'unité de durée ne s'applique qu'à l'acte principal.
- 598** À cause de sa durée exceptionnelle, le service facturé ne peut être évalué sans notes explicatives appropriées.
- 599** Veuillez vous conformer à l'avis qui figure sous l'acte facturé.

- 639** Le plafond annuel prévu pour les examens de laboratoire étant atteint, vos honoraires sont payés à la moitié du tarif. (Réf. : article 3.1 de l'Addendum 6 - hématologie, Annexe 5, Tarif de la médecine de laboratoire).
- 640** Cet acte ne peut être payé puisqu'il requiert un diagnostic spécifique. Veuillez vous référer à l'avis relatif à l'acte facturé.
- 641** Selon la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1), le code 09893 est payable seulement lors d'un déplacement de plus de 70 kilomètres (unidirectionnel).
- 642** Facturation inadéquate de l'acte 09278. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 27 (Brochure n° 1).
- 643** Facturation inadéquate du code de forfait réclamé. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à la Lettre d'entente 75 (Brochure n° 1).
- 644** Facturation inadéquate de l'acte 09280. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 28 (Brochure n° 1).
- 645** Facturation inadéquate du code d'acte d'intervention de suivi. Veuillez vous référer à la règle 3 de l'Addendum 3 (psychiatrie).
- 646** Le code d'acte ou le modificateur utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant les conditions prévues à l'Annexe 38 ou 40 (Brochure n° 5).
- 647** Les unités de durée ne sont pas payables pour cet acte.
- 648** Conformément au maximum d'honoraires alloué par jour, pour la combinaison d'actes faits sous la rubrique « Électrophysiologie ».
- 649** Conformément à l'article 7 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins membres des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 650** Demande de paiement soumise à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.
- 651** Un maximum de sept (7) quantités (dates) par ligne peut être inscrit dans la section *VISITES*.
- 652** Aucun autre code d'acte ne doit être facturé sur la même demande de paiement que les codes d'acte exigeant un matricule fictif.
- 653** Conformément au maximum d'honoraires payable pour l'ensemble des services médicaux de la section *Résonnance magnétique - Cardiaque* lors de la même séance.
- 654** Ajustement d'intérêt.
- 655** Aucun service ne paraît sur la demande de paiement.
- 656** L'identification de la personne assurée est requise pour ce code d'acte.
- 657** Facturation inadéquate de l'un des actes de « supplément de garde ». Veuillez vous référer aux instructions de facturation suivant l'Annexe 25 (Brochure n° 1).
- # 658** Facturation inadéquate de l'acte 09140. Veuillez vous référer aux instructions de facturation sous l'article 3 de l'Annexe 10 (Brochure n° 1).

- 659** Service(s) non rémunéré(s) à la suite de la décision de la CSST.
- 660** Seuls des codes d'acte de traitements collectifs peuvent être facturés sur la même demande de paiement.
- 661** La date de l'accident ou de l'événement exigée pour des services imputables à la CSST est absente ou invraisemblable.
- 662** Les demandes de paiement pour les services rendus dans le cadre des lois administrées par la CSST doivent porter les indications suivantes:
- La lettre « S » dans la case *C.S.* et la date de l'événement ou de l'accident dans l'espace libre qui précède immédiatement la case *C.S.*.
- 664** Le nombre de jours inscrit dans la case *NOMBRE* ne correspond pas aux quantités (dates) mentionnés dans la case *JOUR*. Voir la section **3.2.8 Visites**, sous l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*.
- 665** Honoraires demandés incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et/ou avec les dispositions concernant les taux de rémunération et/ou avec les dispositions concernant le supplément d'honoraires (%) de la rémunération mixte.
- 666** Les honoraires demandés sont incompatibles avec les données inscrites sur la ligne correspondante et l'information apparaissant dans la case *DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES* ne nous permet pas de corriger cette incompatibilité.
- 667** Le code d'acte utilisé ne correspond pas aux informations présentes dans nos fichiers concernant le remplacement d'un médecin effectué en vertu de l'Annexe 26 ou 33 (Brochure n° 1). Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 669** Dans la section *VISITES*, les honoraires demandés doivent être inférieurs à 1 000\$ par ligne. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 673** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 32.
- 674** Conformément au maximum prévu à la règle 2 ou à la règle 6 (règle 5 à compter du 1^{er} octobre 2000) de l'Addendum 2 - Pédiatrie.
- 675** Conformément à l'article 6 de l'Annexe 24 (Brochure n° 1), seuls les médecins présidant des comités des maladies professionnelles pulmonaires peuvent être rémunérés pour cet acte.
- 676** Conformément aux explications paraissant sous la rubrique des actes auxquels l'acte facturé appartient.
- 677** Tel que mentionné à l'AVIS sous l'acte, veuillez inscrire ZZZZ01010112 dans la case *NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*.
- 679** Cette demande de paiement a fait l'objet d'une appréciation particulière. Document sous pli séparé.
- 680** Consécutivement à une appréciation particulière d'ordre médical, juridique ou administratif.

- 715** Selon le nombre de kilomètres inscrit sur la demande de paiement.
- 716** Les frais de déplacement ne sont pas assujettis à la rémunération différente.
- 717** Selon l'article 2.1a de l'Annexe 23, les frais de déplacement ne sont remboursables que sur présentation de pièces justificatives.
- 718** Les frais d'un seul déplacement par semaine dans un même centre hospitalier sont payables en vertu de l'article 3 de l'Annexe 23.
- 719** Les honoraires ont été ajustés conformément aux dispositions de l'Annexe 23.
- 720** Selon l'Annexe 23, les frais de séjour ne sont pas remboursables par la Régie.
- 721** Certaines dépenses facturées ne sont pas payables selon les dispositions de l'Annexe 23. Les honoraires demandés ont été ajustés en conséquence.
- 722** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 29.
- 723** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n^o 28.
- 724** Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine.
- 725** Le temps de déplacement a été rectifié ou refusé compte tenu du nombre de kilomètres accepté ou des renseignements fournis.
- 726** Quand vous fournissez des services en territoire non désigné, la Régie vous rembourse le coût d'une voiture louée à concurrence du coût d'utilisation de votre propre voiture.
- 729** En raison de la règle 4 de l'Addendum 5 (musculo-squelettique), la majoration des honoraires ne s'applique pas.
- 730** Remboursement à la personne qui n'a pas présenté sa carte d'assurance maladie.
Si les honoraires que vous avez reçus de la personne assurée sont supérieurs au montant indiqué, vous devez lui rembourser la différence.
- 731** Les honoraires ont été ajustés selon les renseignements fournis. (règle 9.1 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie).
- 734** Selon la règle 4 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.
- 735** Conformément à la règle 4.1 de l'Addendum 8 (Ultrasonographie), Annexe 5 (Tarif de la médecine de laboratoire), cet acte est soumis à l'application du modificateur 051 ou 038.
- # 736** Conformément à la règle 23.1 du Préambule général, le modificateur 060 est acceptable seulement dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.
- 737** Conformément au maximum prévu au Plafonnement d'activités PA-12.
- 738** En raison de la règle 2.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 027.

- 739** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 740** Selon la règle 4 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), la majoration d'honoraires pour réduction ouverte (MOD=039) ainsi que celle pour la reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments (MOD=020) ne s'applique pas s'il y a micro-anastomose neurovasculaire.
- 741** En raison de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), l'acte facturé est sujet à l'application du modificateur 049.
- 742** En raison de la règle 3.2 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est non payable avec celui indiqué en référence.
- 743** En raison de la règle 6.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 744** En raison de la règle 12.1 du Préambule général et de la règle 6.1 de l'Addendum 5 (Musculo-squelettique), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 745** Conformément à l'article 1.2.1.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1), cet acte est inclus ou incompatible avec celui indiqué en référence.
- 746** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1).
- 747** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.1.2 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1) et déjà réclamé par un autre professionnel.
- 748** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1).
- 749** Conformément au maximum prévu à l'article 1.2.2.1 de l'Annexe 30 (Brochure n° 1) et déjà facturé par un autre professionnel.
- 750** Facturation inadéquate du code de forfait inscrit. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 751** En raison de la règle 4.9 de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs.
- 752** En raison de la règle 4.9 de l'Annexe 29 (Brochure n° 1), cet acte ne peut être facturé plus d'une fois durant le séjour du patient dans une unité de soins intensifs et il est déjà facturé par un autre professionnel.
- 753** Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'Annexe 29, dans la Brochure n° 1).
- 754** Un seul forfait est payable pour une même période de vingt-quatre heures et il est déjà facturé par un autre professionnel (réf. : article 4.5 ou 5.1 de l'Annexe 29, dans la Brochure n° 1).
- 755** Facturation inadéquate de la prime de remplacement. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 757** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 21.
- 758** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 22.
- 759** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 23.
- 760** Selon leur définition, les modificateurs inscrits sur la demande de paiement ne peuvent être facturés simultanément pour le même service.

- 761** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 26.
- 762** Facturation inadéquate du code de supplément de garde. Veuillez vous référer aux instructions de facturation relatives à cet acte.
- 763** La prime de remplacement (code 09213) ne peut être payée au médecin ayant bénéficié d'une allocation de fin de carrière et concerné par une exception agréée par les parties négociantes selon l'article 2.9 de l'Annexe 36.
- 764** Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102, 112 ou 128 (Brochure n° 1).
- 765** Conformément au maximum prévu à la Lettre d'entente 102 ou 112 (Brochure n° 1) et déjà facturé par un ou plusieurs professionnels.
- 766** Vous ne détenez pas, à la date des services, un avis de nomination, un avis d'assignation ou une désignation du comité paritaire ou des parties négociantes vous permettant d'être rémunéré pour cet acte. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 767** Conformément au maximum prévu à la Règle d'application n° 30.
- 768** Conformément au maximum prévu à l'article 2 de la Règle d'application n° 19.
- 769** En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence.
- 770** En raison de la Règle d'application n° 19, le code d'acte est inclus dans celui indiqué en référence et réclamé par un autre professionnel.
- 771** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041.
- 772** En raison de la Règle d'application n° 19, le paiement de l'acte est soumis à l'application du modificateur 041. Le code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.
- 773** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence.
- 774** En raison de la règle 8.3 de l'Addendum 4 (Chirurgie), les honoraires d'un seul supplément de l'appareil vasculaire non thoracique sont payés. Ce code d'acte est indiqué en référence et facturé par un autre professionnel.

5. MESSAGES EXPLICATIFS

Spécialistes

- # 775 Honoraires refusés conformément à l'Accord concernant le programme de rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec (Lettre d'entente 172).
- 776 Service payable seulement lorsqu'il est rendu en semaine et un jour différent d'un congé férié.
- 778 Conformément au maximum prévu à la règle 1.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).
- 779 Conformément au maximum prévu à la règle 2.2 de l'Addendum 9 (Génétique médicale).
- 780 En raison de la règle 3.1 de l'Addendum 9 (Génétique médicale), le code d'acte est non payable en regard de celui indiqué en référence.
- 781 En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable**.
- 782 En raison de l'article 22, paragraphe o) ii du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, le code d'acte est **non payable** et *facturé par un autre professionnel*.
- 783 La visite de départ doit être effectuée le dernier jour de l'hospitalisation de la personne assurée.
- 784 En raison de la règle 5.2 du Préambule général, la visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures.
- 785 Seuls les médecins bénéficiant de la rémunération mixte peuvent être rémunérés pour ce code d'acte dans cet établissement.
- 786 Selon la Lettre d'entente 133 (Brochure n^o 1), le code d'acte 09724 est payable seulement lorsque la dispensation des soins est assumée pour une période de 3 jours consécutifs, du lundi au vendredi.
- 787 Cet acte ne peut être répété le même jour.
- 788 Cet acte ne peut être répété le même jour et facturé par un autre médecin.
- 789 Un seul forfait par jour est payable selon les conditions de la Lettre d'entente 135 ou 138 (Brochure n^o 1).
- 790 En raison de la note inscrite sous le code d'acte 00643, vous ne pouvez vous prévaloir du code d'acte facturé. Veuillez vérifier et soumettre une nouvelle demande de paiement, s'il y a lieu.
- 794 Selon l'Annexe 23, le maximum d'heures allouées pour le temps de déplacement par trajet unidirectionnel est dépassé. Votre demande a été modifiée en conséquence.
- 795 Selon l'Annexe 23, la compensation du temps d'attente relié à l'utilisation du transporteur aérien est limitée à une heure.
- 796 Lors d'un déplacement, seule la portion des frais de déplacement encourus sur le territoire québécois est remboursable.
- 797 Le temps de déplacement a été modifié selon les heures d'arrivée et de départ du transporteur aérien.

INDEX

Page

# DISPOSITIONS TARIFAIRES	1
PRÉAMBULE GÉNÉRAL	A-3
Règle 1 - Paiement	A-3
Règle 2 - Frais de pratique	A-3
Règle 3 - Enseignement clinique	A-3
Règle 4 - Tarification nouvelle	A-3
Règle 5 - Visites	A-4
Règle 6 - Malade dirigé	A-7
Règle 7 - Thérapie de communication	A-8
Règle 8 - Procédures diagnostiques et thérapeutiques	A-8
Règle 9 - Surveillance	A-8
Règle 10 - Soins simultanés	A-9
Règle 11 - Réanimation cardio-respiratoire	A-9
Règle 12 - Honoraire global	A-9
Règle 13 - Remboursement des frais de déplacement	A-9
Règle 14 - Soins d'urgence	A-10
Règle 15 - Tournée des malades le week-end	A-12
Règle 16 - Honoraire additionnel	A-13
Règle 17 - Tarif de la pratique en établissement	A-13
Règle 18 - Visite à domicile	A-13
Règle 19 - Rapports médicaux	A-14
Règle 20 - Déclaration de décès	A-14
Règle 21 - Classification	A-14
Règle 22 - Pratique hors discipline	A-14
Règle 23 - Procédés et chirurgies pédiatriques	A-15
Règle 24 - Visites, procédés et chirurgies en ophtalmologie	A-15
Règle 25 - Procédés et chirurgies en oto-rhino-laryngologie	A-15
Règle 26 - Visite d'un malade atteint d'un cancer	A-16
Règle 27 - Procédés et chirurgies en urologie	A-16
Règle 28 - Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional	A-17
Règle 29 - Majoration pour certaines pathologies	A-17
Règle 30 - Visites, procédés et chirurgies en chirurgie orthopédique	A-20
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22A) II DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-20
SERVICES ET EXAMENS MÉDICAUX CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS EN CONFORMITÉ AVEC L'ARTICLE 22F) DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE	A-24
DEMANDE D'AUTORISATION D'HOSPITALISATION HORS DU CANADA POUR DES SERVICES MÉDICAUX QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉ- BEC NI AU CANADA	A-25
DEMANDE D'AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX AU CANADA, QUI NE SONT PAS DISPONIBLES AU QUÉBEC	A-27

Spécialistes

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION	A-29
SERVICES RENDUS AU QUÉBEC À DES RÉSIDENTS D'AUTRES PROVINCES ET DES TERRITOIRES	A-30
TABLEAU DES DATES FIXÉES PAR LA RÉGIE POUR LA CÉLÉBRATION DES FÊTES LÉGALES	A-32

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

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

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

**RÈGLE 2.
FRAIS DE PRATIQUE**

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

Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques.

**RÈGLE 3.
ENSEIGNEMENT CLINIQUE**

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

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

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

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

**RÈGLE 4.
TARIFICATION NOUVELLE**

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

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

AVIS :

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

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

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

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

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

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

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

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

RÈGLE 5. VISITES

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

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

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

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

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

Les autres visites sont considérées comme des visites de contrôle.

La visite de départ est effectuée le dernier jour de l'hospitalisation et remplace la visite de contrôle. 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 médecine interne, en neurologie, en pédiatrie, 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. Cette visite de départ n'est payable que si le patient est hospitalisé plus de 72 heures en cardiologie, en médecine interne, en neurologie, en rhumatologie ou en santé communautaire, ou plus de 48 heures en pédiatrie, suivant la visite principale.

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : *Utiliser le code d'acte 15139;*
- inscrire le rôle 1;
- les honoraires sont de 67,55 \$;
- Inscrire le «SCORE» ou «polymédication» dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement.

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

AVIS : *Utiliser le code d'acte 16111;*
- Inscrire le rôle 1;
- Les honoraires sont de 60,50\$;
- Inscrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT.

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

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.

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

AVIS : *Référer à l'onglet B « Tarification des visites » aux codes d'acte 08785, 08793, 08832, 08947, 09060, 09061, 09062, 09296, 09297, 09298, 09299, 00035, 00047, 15006 ou 15026 selon la spécialité.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**RÈGLE 6.
MALADE DIRIGÉ**

Celui auquel un malade est dirigé par un médecin, est payé suivant la tarification générale des visites que prévoit la Règle 5.

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

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

AVIS : Voir la section 3.2.3 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin.

CONSULTATION ET PRISE EN CHARGE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AVIS : Pour les services rendus à l'unité des soins intensifs, utiliser le code de l'établissement fourni par la Régie. Le préfixe de ce code doit être 0 ou 4 et le suffixe 6.

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

AVIS : Voir la section 3.2.3 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin ayant demandé le service.

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 36 \$, 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 d'acte 08925 sous l'onglet B « Tarification des visites » DIVERS, ainsi que la Règle d'application n° 2.

**RÈGLE 8.
PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**

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

8.1 Sont payées au demi-tarif (MOD=050) les procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples exécutées lors d'une même séance, sauf la procédure principale.

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

8.2 Toutefois, en neurologie, les services médicaux « Electroencéphalogramme de base » (code 00347) et « Electroencéphalogramme de sommeil » (code 00752) sont payés au tarif régulier lorsque exécutés au cours d'une même séance.

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

AVIS : Utiliser le modificateur 069.

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

**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 30 \$ par période.

AVIS : Voir le code d'acte 00080 à la section DIVERS sous l'onglet B - Tarification des visites.

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

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

AVIS : Voir le code d'acte 09246 à la section DIVERS sous l'onglet B - Tarification des visites.

RÈGLE 10. SOINS SIMULTANÉS

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

RÈGLE 11. RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

11.1 Le médecin spécialiste qui intervient lors d'une réanimation cardio-respiratoire, a droit au paiement d'un honoraire de 60 \$.

S'y ajoute, lorsque son intervention dure plus de quinze minutes, une majoration de 60 \$ pour le quart d'heure qui suit, et de 30 \$ par quart d'heure additionnel.

AVIS : Voir les codes d'acte 09403 à 09405 sous l'onglet C « Procédés diagnostiques et thérapeutiques »

RÈGLE 12. HONORAIRE GLOBAL

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

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

RÈGLE 13. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

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

**RÈGLE 14.
SOINS D'URGENCE**

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

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

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

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

AVIS : *En rémunération mixte, se reporter à l'article 4.2 de l'Annexe 38 (Brochure n° 5)*

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

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

AVIS : *Voir la section 3.2.6.5 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

MODIFICATEURS À UTILISER POUR LES SOINS D'URGENCE**- MÉDECINE ET CHIRURGIE.****MOD=018 :**

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

MOD=017 :

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

MOD=019 :

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

Inscrire le modificateur approprié dans la case MOD.

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervalle	Début de l'opération (Tous les rôles)	Suite de l'opération (Rôle 2 ou 3)
En tout temps, sauf du lundi au vendredi de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h	-----	098
Du lundi au vendredi, de 7 h à 8 h et de 15 h à 21 h (Majoration de 15 % (1*))	919 (1*)	098 ou 225 (1*)

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

14.4 Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 180 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 120 \$ pour le reste de la garde à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 240 \$ entre minuit et 7 heures et d'au moins 120 \$ pour le reste de la garde.

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

- Code d'acte 09203 de minuit à 7h.
 - Code d'acte 09204 de 7h à minuit, les samedis, les dimanches et les jours fériés et de 19h à minuit, les autres jours.
- Inscrire l'heure de début dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ainsi que les codes d'acte correspondant aux services rendus. Voir sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement section 3.2.6.6*

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

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

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

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

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

RÈGLE 15. TOURNÉE DES MALADES LE WEEK-END

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

AVIS : *Se référer à l'onglet D « Anesthésiologie » pour le code d'acte 41025 et à l'onglet B « Tarification des visites », aux codes d'acte 00029, 00041, 08961, 09143, 09161, 09174, 09224 ou 15011 selon la spécialité.*

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

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

**RÈGLE 16.
HONORAIRE ADDITIONNEL**

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

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

AVIS : *Fournir les renseignements décrivant l'acte posé incluant, si nécessaire, le compte rendu opératoire et, dans la case HONORAIRES, le montant total incluant l'honoraire additionnel que vous demandez. Inscrive un « N » dans la case C.S..*

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

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

**RÈGLE 17.
TARIF DE LA PRATIQUE EN ÉTABLISSEMENT**

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

AVIS : *Voir sous l'onglet B « Tarification des visites », le titre « LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT ».*

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

Pour les Procédés diagnostiques et thérapeutiques (onglet C), inscrire le modificateur 033 et utiliser les honoraires sous la colonne « établissement ».

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

AVIS : *Cette règle ne s'applique pas en CLSC (Voir les Lettres d'entente 12 et 29).*

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

**RÈGLE 18.
VISITE À DOMICILE**

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

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

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

Les autres visites sont des visites de contrôle.

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

18.3 Constitue un même domicile, 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 rubrique « 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 27 \$ pour la rédaction de la déclaration de décès.

AVIS : Voir le code d'acte 09200 sous l'onglet B « Tarification des visites » DIVERS.

**RÈGLE 21.
CLASSIFICATION**

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

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

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 déferer 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 : Lorsque la visite est faite « hors discipline », tous les services effectués au cours de cette visite sont rémunérables aux trois quarts du tarif (MOD=075).

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

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

**RÈGLE 23.
PROCÉDÉS ET CHIRURGIES PÉDIATRIQUES**

23.1 En centre hospitalier de courte durée, on majore du quart les honoraires prévus au tarif pour certains procédés ou certaines chirurgies pratiqués chez un enfant de moins de 2 ans. Ces procédés ou chirurgies sont identifiés par la mention PG-23. Cette majoration ne s'applique toutefois pas en anesthésiologie.(MOD=060)

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.

AVIS : *Utiliser le modificateur 196 pour demander la majoration d'honoraires.*

23.3 Toutefois, en chirurgie plastique, on majore de la moitié les honoraires prévus au tarif des actes codés 02352, 02354, 02355, 02356 et 02357, lorsque pratiqués chez un enfant de 14 ans ou moins.

AVIS : *Utiliser le modificateur 197 pour demander la majoration d'honoraires.*

**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 175 \$, sont majorés à 175 \$, 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 : *Utiliser le modificateur 070 pour demander la majoration d'honoraires.*

**RÈGLE 25.
VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

Pour le médecin classé en oto-rhino-laryngologie, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 63 \$, sont majorés à 63 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

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

AVIS : *Utiliser le modificateur 142 pour demander la majoration d'honoraires.*

**RÈGLE 26.
VISITE D'UN MALADE ATTEINT D'UN CANCER**

Pour le médecin classé en chirurgie générale, 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 dans le cas d'un diagnostic de mélanome.

AVIS : *Utiliser le modificateur 143 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

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 dans le cas d'un diagnostic de mélanome.

AVIS : *Utiliser le modificateur 194 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

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 dans le cas d'un diagnostic de mélanome.

AVIS : *Utiliser le modificateur 195 pour demander la majoration d'honoraires et inscrire le code de diagnostic dans le cas de cancer de la peau.*

Toutefois, les majorations visées par la présente règle ne s'appliquent pas lorsque le médecin réclame l'honoraire d'une consultation.

**RÈGLE 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 100 \$, sont majorés à 100 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

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

AVIS : *Utiliser le modificateur 167 pour demander la majoration d'honoraires.*

**RÈGLE 28.
SÉDATION-ANALGÉSIE, BLOC VEINEUX OU BLOC RÉGIONAL**

En centre hospitalier de courte durée, le médecin spécialiste classé en chirurgie orthopédique, en chirurgie plastique, en dermatologie, en médecine interne, en médecine d'urgence, en néphrologie, en neurologie, en obstétrique-gynécologie, en oto-rhino-laryngologie, en pédiatrie ou en radio-oncologie qui procède à une sédation-analgésie (narcose), à un bloc veineux ou à un bloc régional (sauf le bloc interdigital et le bloc paracervical), afin de permettre qu'un procédé diagnostique et thérapeutique ou un acte chirurgical identifié par la mention PG-28 soit effectué, a droit à un honoraire de 40 \$.

AVIS : Utiliser le code d'acte 70000

- inscrire le rôle 1;

- les honoraires de 40,00 \$;

Indiquer s'il s'agit d'une sédation-analgésie, d'un bloc veineux ou d'un bloc régional (spécifier le type de bloc régional) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : Pédiatre : pour la facturation du PG-28 relativement aux codes, 00234, 00249 et 00863 utiliser le code d'acte 70002.

**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 : Utiliser le modificateur 065 pour demander la majoration d'honoraires.

Inscrire la pathologie dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Celle-ci doit obligatoirement faire partie de la liste suivante :

4460 Périartérite noueuse

4461 Fièvre cutanéomuqueuse et ganglionnaire

4462 Angéite allergique

4463 Granulome malin de la face

4464 Granulomatose de Wegener

4465 Artérite à cellules géantes

4466 Purpura thrombocytopénique thrombotique

4467 Maladie de Takayashu

4469 Périartérite noueuse et affections apparentées – sans précision

4476 Artérite – sans précision, sauf 4374-4148-4467-440

6960 Arthropathie psoriasique

710 Maladies disséminées du tissu conjonctif, sauf 446

- 7100 Lupus érythémateux aigu disséminé, sauf 6954
- 7101 Sclérodermie progressive, sauf 7010
- 7102 Syndrome de Gougerot-Sjogren
- 7103 Dermatomyosite
- 7104 Polymyosite
- 7108 Maladies disséminées du tissu conjonctif - autres
- 7109 Maladies disséminées du tissu conjonctif – sans précision

711 Arthropathies associées à des infections, sauf 390

- 7110 Arthrite à bactéries pyogènes
- 7111 Arthropathies au cours du syndrome de Reiter et affections apparentées
- 7112 Arthropathies au cours du syndrome de Behçet
- 7113 Arthropathies associées à des infections intestinales
- 7114 Arthropathies associées à d'autres maladies bactériennes
- 7116 Arthropathies associées à des mycoses
- 7117 Arthropathies associées aux helminthiases
- 7118 Arthropathies associées à d'autres maladies infectieuses et parasitaires, sauf 135-7137
- 7119 Arthrite infectieuse – sans précision
- 7130 Arthropathies associées à d'autres affections endocriniennes et métaboliques, sauf 7137-712-7135
- 7131 Arthropathies associées aux affections gastro-intestinales non infectieuses
- 7132 Arthropathies associées aux affections hématologiques, sauf 7136
- 7133 Arthropathies associées à des affections dermatologiques
- 7134 Arthropathies associées à des affections respiratoires, sauf 711
- 7135 Arthropathies associées à des affections neurologiques
- 7136 Arthropathies associées à une réaction d'hypersensibilité, sauf 7162

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

- 7140 Arthrite rhumatoïde
- 7141 Syndrome de Felty
- 7142 Autres arthrites rhumatoïdes avec atteinte viscérale
- 7143 Polyarthrite chronique juvénile
- 7144 Arthrite rhumatoïde de Jaccoud
- 7148 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires - autres
- 7149 Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires – sans précision

720 Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires

- 7200 Spondylarthrite ankylosante
- 7202 Sacro-iléite, non classée ailleurs
- 7208 Autres spondylopathies inflammatoires
- 7209 Spondylopathies inflammatoires – sans précision

725 Pseudo-polyarthrite rhizomélique

- 7259 Pseudo-polyarthrite rhizomélique – 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 atteint d'une deuxième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées par les parties négociantes.

- # **AVIS :** Utiliser le modificateur 067 pour demander la majoration d'honoraires.

Inscrire la première pathologie dans la case CODE DE DIAGNOSTIC et la deuxième pathologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Cette deuxième pathologie doit obligatoirement faire partie de la liste suivante :

Neurologie :**1. Maladie neuro-régénératrice**

- | | |
|---------------|------------------------------|
| F01 | Démence vasculaire |
| G30 F + F00 | Démence type Alzheimer (DTA) |
| G30.8 + F00.2 | Démence mixte |
| G20 | Parkinson |
| F05 | Delirium |
| G35 | Sclérose en plaques |

2. Maladie neuro-vasculaire

- | | |
|------------|---------------------------------------|
| I63 ou I64 | AVC |
| G45.9 | ICT |
| R55 | Syncope |
| G43 | Migraine |
| R42 ou H81 | Vertige |
| I95.1 | Hypotension orthostatique |
| G70 | Neuromyopathie |
| G60 - G64 | Polyneuropathie (étiologies diverses) |
| G71- G73 | Myopathies (étiologies diverses) |

3.

- | | |
|-----|------------------|
| C71 | Tumeur cérébrale |
|-----|------------------|

4.

A80-A89 (virale) Infection système nerveux central
G00-G09 (bactérienne)

5.

G70 Neuromyopathie

Endocrinologie :

1. Endocrinopathie

E10 Diabète type 1
E11 Diabète type 2
O24.8 Diabète gestationnel
R73.9 (sans diabète) Hyperglycémie
R73.0 (prédiabète) Intolérance au glucose
E03 Hypothyroïdie
E05 Hyperthyroïdie
E06 Thyroïdite
E78 Hypercholestérolémie / dyslipidémie
E88.80 Syndrome métabolique
E27.4 ou E27.1 Insuffisance surrénalienne

Cardio-vasculaire :

1.

I25.19 Maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS)
I20 Angine
I20.0 Angine instable
I24.9 Syndrome coronarien aigu
I21.0-I21.3 (+R94.30) Infarctus avec élévation du segment ST
I21.4 Infarctus sans élévation du segment ST
I25.6 Ischémie silencieuse

2.

I70.9 Maladie vasculaire (MVAS)
I73.9 Maladie artérielle périphérique (MAP)
I73.9 Claudication intermittente
I65.2 Artériosclérose carotidienne avec prise en charge
I74 Ischémie artérielle aiguë (embolie ou thrombose)
I74 Ischémie digitale / blue toe (embolie ou thrombose)

3.

I71 - I72 Anévrisme vasculaire

4. Valvulopathies

I33 ou I38-I39	Endocardite
I05-I09 (rhumatismal)	Autres
I34-I38 (non rhumatismal)	Autres

5. Endovasculite

T82.7	Infection prothèse vasculaire
-------	-------------------------------

6.

I50	Insuffisance cardiaque
-----	------------------------

7.

I74	Maladie thrombo-embolique
-----	---------------------------

8.

I49.9	Arythmie
I48.0	Fibrillation auriculaire
I49.00	Fibrillation ventriculaire
I48.1	Flutter auriculaire
I49.01	Flutter ventriculaire
I47.1	TSVP (tachycardie supraventriculaire paroxys- tique)
I47.1	TAM (tachycardie auriculaire multifocale)
R00.1	Bradycardie sévère
I44.1 ou I44.2	Bloc AV (auriculoventriculaire) de haut grade (type 2b et 3ième degré)
I49.5	Syndrome de tachycardie-bradycardie
I49.5	Maladie du noeud sinusal

Respiratoire :

1.

J40-J47	Maladie pulmonaire destructive chronique
---------	--

2.

J12-J18 ou J09-J11 (si avec grippe)	Pneumonie
--	-----------

3.

J60-J67	Pneumopathies secondaires à agents externes (ex. : poumon de fermier)
---------	--

-
4.
J80-J84 *Pneumopathies touchant le tissu interstitiel
(ex. : fibrose pulmonaire-ARDS)*
5.
J85 *Abcès poumon*
6.
J86 *Empyème (pyothorax)*
7.
C34 *Tumeur pulmonaire*
- Digestif :**
1.
C15-C26 *Tumeur digestive*
2.
K50-K52 *Entérite et colite non infectieuse (inflammatoire)*
3.
K90 *Malabsorption*
4.
K22.1 ou K25-K28 *Maladie ulcéro peptique*
5. Gastro Entérite
A00-A09 *Gastro-entérite infectieuse (virale ou bactérienne)
Diarrhée infectieuse
Entérite infectieuse
Colite infectieuse*
6.
K74 *Cirrhose*
7.
K83-K87 *Maladie des voies biliaires et du pancréas*
8.
N39.0 - *Infection urinaire*
si cœpélite : N30
si pyélonéphrite : N10-N12

Néphrologie :**1. Maladie lithiasique**

N20-N22

Urolithiase symptomatique
Néphrolithiase symptomatique
Colique néphritique

2.

N17-N19

Insuffisance rénale

3. Néphropathie

N04

Syndrome néphrotique

N00-N03 ou N05

Syndrome néphritique

R80 (SAI) ou
N06 (avec lésions)

Protéinurie

N00-N08

Glomérulonéphrite (étiologies diverses)

R80(SAI) ou
N06 (avec lésions)

Microalbuminurie

I12 + N18-N19

Néphroangiosclérose avec insuffisance rénale

I12+I N18-N19

Néropathie hypertensif avec insuffisance rénale

4.

C64-C68

Tumeur urologique

5.

I15

Hypertension secondaire

6.

O13-O14

Hypertension gestationnelle

Hématologie :**1. Anémie**

D51-52

Anémie par déficience vitaminée

D50

Anémie ferriprive

D64 ou D62 (très grave)

Anémie postopératoire sévère (nécessitant transfusion)

D63

Anémie cours de maladie chronique

2.

D70-D72 ou D75

Dyscrasie sanguine

3.

C91-C95

Leucémie

4.

C81-C96
(sauf leucémies) Tumeur maligne

Rhumatologie :**1. Arthrite**

M10-M11 À cristaux (microcristalline) (goutte et pseudo-goutte)

M05-M14 (sauf M10-M11) Rhumatoïdes et autres arthropathies inflammatoires

M00-M01 : Arthropathie associée à des infections
si prothèse ou plaque :
T84.5 ou T84.6

M02-M03 Arthrite réactionnelle

7200 Spondylite ankylosante et autre

7209 Spondylarthropathies inflammatoire

2.

4476-4465-4374 Vasculite

3.

7109-7108-710 Collagénose

4.

7330 Ostéoporose fractuaire

5. Maladie infiltrative

7293 Panniculite

6952 Érythème noueux

7269 Périartérite noueuse

Intoxication :

9779 Médicamenteuse

9690 Aux tricycliques

9659 A l'acétaminophène

9659 A l'acide acétylsalicylique

Polyintoxication

9801 Méthanol

Éthylène glycol

9800 Éthanol

0389 Sepsis

Thrombophilie

2869 Trouble de Coagulation

- + **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 atteint d'une troisième pathologie spécifiée à la liste des pathologies désignées à la règle 29.2.
- # **AVIS** : *Utiliser le modificateur 063 pour demander la majoration d'honoraires*
Inscrire la première pathologie dans la case CODE DE DIAGNOSTIC, la deuxième et la troisième pathologie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Cette deuxième et troisième pathologie doivent obligatoirement faire partie de la liste des pathologies désignées à la règle 29.2

**RÈGLE 30.
VISITES, PROCÉDÉS ET CHIRURGIES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE**

Pour le médecin classé en chirurgie orthopédique, les visites, les procédés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les chirurgies faits seuls, dont le tarif est de moins de 200 \$, sont majorés à 200 \$, lorsque effectués en salle d'opération auprès d'un patient qui est sous anesthésie générale ou régionale exécutée par un médecin anesthésiologiste.

AVIS : Utiliser le modificateur 100 pour demander la majoration d'honoraires

**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.

**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 (L.R.Q.,c.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 (L.R.Q.,c.C-24.2);
- Articles 25 3, 28 4 et 43 du Règlement sur les permis (Décret 1421-91 du 16 octobre 1991).

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

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

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

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

- Articles 73 et 109 du Code de la sécurité routière (L.R.Q., c. 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 (L.R.Q., c.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 (L.R.Q., c.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 (L.R.Q.cF-3.1).

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

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

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

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

- Article 207 de la Loi sur l'instruction publique pour les autochtones cris, inuits et naskapis (L.R.Q.,c.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 (L.R.Q.,c.P-35);

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

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

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

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35);

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

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

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

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

- Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q.,c.P-35);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Loi sur la qualité de l'environnement (L.R.Q.,c.Q-2);
- Article 12 du Règlement sur les conditions sanitaires des campements industriels ou autres (R.R.Q.,c.Q-2,r.3).

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 (L.R.Q.,c.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 (L.R.Q.,c.S-2.1);
- Article 14.2.1 du Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (R.R.Q.,c.S-2.1,r.9).

17. MACHINISTES EMPLOYÉS DANS LES MINES ET CARRIÈRES :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

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

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

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

4. INFORMATION

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

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

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

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

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

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

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

IMPORTANT

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

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

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

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

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

2. DOCUMENTS REQUIS

Il faut joindre à la demande :

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

3. ACHEMINEMENT DE LA DEMANDE

La demande doit être adressée à :

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

4. INFORMATION

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

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

SERVICES MÉDICAUX RENDUS AU QUÉBEC DEMANDANT UNE AUTORISATION

Procédure à suivre lorsqu'une autorisation est requise dans l'entente, comme par exemple dans le cas de la facturation de l'acte 04788 (dissection et excision de paquets variés etc., voir NOTE, page J-16).

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

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

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

Adresser la demande à :

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

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

Les adresses des provinces et des territoires.

ALBERTA

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

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

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

MANITOBA

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

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

NOUVELLE-ÉCOSSE

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

NUNAVUT

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

ONTARIO

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

SASKATCHEWAN

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

TERRE-NEUVE

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

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

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

YUKON

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

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

ARTICLE 14.5

#	FÊTE LÉGALE	2007-2008	2008-2009	2009-2010
	<i>Journée nationale des Patriotes</i>			<i>24 mai 2010</i>
	<i>Fête nationale du Québec</i>	<i>25 juin 07</i>	<i>24 juin 08</i>	<i>24 juin 09</i>
	<i>Fête du Canada</i>	<i>2 juillet 07</i>	<i>1^{er} juillet 08</i>	<i>1^{er} juillet 09</i>
	<i>Fête du Travail</i>	<i>3 septembre 07</i>	<i>1^{er} septembre 08</i>	<i>7 septembre 09</i>
	<i>Action de grâces</i>	<i>8 octobre 07</i>	<i>13 octobre 08</i>	<i>12 octobre 09</i>
	<i>Veille de Noël</i>			<i>24 décembre 09</i>
	<i>Fête de Noël</i>	<i>25 décembre 07</i>	<i>25 décembre 08</i>	<i>25 décembre 09</i>
	<i>Lendemain de Noël</i>	<i>26 décembre 07</i>	<i>26 décembre 08</i>	<i>28 décembre 09</i>
	<i>Veille du jour de l'An</i>			<i>31 décembre 09</i>
	<i>Jour de l'An</i>	<i>1^{er} janvier 08</i>	<i>1^{er} janvier 09</i>	<i>1^{er} janvier 10</i>
	<i>Lendemain du jour de l'An</i>	<i>2 janvier 08</i>	<i>2 janvier 09</i>	<i>4 janvier 10</i>
	<i>Vendredi Saint</i>			<i>2 avril 10</i>
	<i>Lundi de Pâques</i>	<i>24 mars 08</i>	<i>13 avril 09</i>	<i>5 avril 10</i>

INDEX

	<i>Page</i>
TARIFICATION DES VISITES	B-3
ADDENDUM 1 - MÉDECINE	B-3
Allergie	B-5
Anesthésiologie	B-8
Biochimie	B-10
Cardiologie	B-12
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	B-17
Chirurgie générale	B-20
Chirurgie orthopédique	B-22
Chirurgie plastique	B-25
Dermatologie	B-27
Endocrinologie	B-31
Gastroentérologie	B-34
ADDENDUM 9 - GÉNÉTIQUE MÉDICALE	B-37
Génétiq ue médicale	B-38
Gériatrie	B-41
Hématologie - oncologie médicale	B-45
Hygiène publique	B-51
ADDENDUM 11 - MÉDECINE D'URGENCE	B-53
Médecine d'urgence	B-57
Médecine interne	B-62
Médecine nucléaire	B-66
ADDENDUM 10 - MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	B-67
Microbiologie - Infectiologie	B-69
Néphrologie	B-75
Neurochirurgie	B-79
Neurologie, neuropsychiatrie, électro-encéphalographie	B-82
Obstétrique - Gynécologie	B-86
Ophtalmologie	B-94
Oto-rhino-laryngologie	B-98
ADDENDUM 2 - PÉDIATRIE	B-101
Pédiatrie	B-102
Physiatrie	B-108
Pneumologie	B-111
ADDENDUM 3 - PSYCHIATRIE	B-114
Psychiatrie	B-117
Radio-oncologie	B-124
Rhumatologie	B-127
ADDENDUM 12- SANTÉ COMMUNAUTAIRE	B-129
Santé communautaire	B-132
Urologie	B-137
Hors discipline	B-140
Divers	B-142
EXAMEN MÉDICAL ET CONSTAT MÉDICO-LÉGAL POUR UN BÉNÉFICIAIRE PRÉSUMÉMENT VICTIME D'ASSAUT SEXUEL (LETTRE D'ENTENTE N ^o 5)	B-144
ÉVALUATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE (LETTRE D'ENTENTE N ^o 6)	B-144
EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE (LETTRE D'ENTENTE N ^o 62)	B-146

Spécialistes

Page

EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LETTRE D'ENTENTE N ^o 64)	B-146
# LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N ^o 172)	B-147
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU	B-148
SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI SUR LE CURATEUR PUBLIC	B-148
ANNEXE 30 - ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE	B-149
ANNEXE 24 - RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	B-150

ALLERGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09162, 09165, 09170, 09201, 09212, voir la Règle d'application n° 29.

Cabinet privé :

+09127	Visite principale	58,90
+----	Supplément de consultation 47,20	
+09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,10
09137	Supplément de durée (1*)	28,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
+09129	Visite de contrôle	41,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	59,90
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	59,90
----	Supplément de consultation 31,50	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	91,40

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

09080	Supplément de durée (1*)	11,60
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09094	Visite de transfert	38,90

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

09152	Visite de contrôle	21,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	27,30

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

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

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
	premier jour	107,00
09096	chaque jour subséquent	63,00
<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i>		
- <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET</i>		
<i>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i>		
- <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs,</i>		
- <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la</i>		
<i>1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i>		
<i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'appli-</i>		
<i>cation n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure no 1.</i>		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
<i>par jour, par patient</i>		
09097	<i>premier jour</i>	<i>81,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>81,00</i>
Externe		
09162	Visite principale	46,20
----	Supplément de consultation 26,30	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplé-	72,50
	ment de consultation).	
09078	Supplément de durée	16,80
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplé-		
ment de consultation.		
<u>AVIS :</u> <i>Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.</i>		
<i>Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la</i>		
<i>visite.</i>		
09164	Visite de contrôle	25,20
Centre hospitalier de soins de longue durée		
(et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.</i>		
09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	21,00
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.5 du Préambule général.</i>		
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplé-	80,90
	ment de consultation).	
09148	Visite de contrôle	11,00
Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00
Supervision du traitement de remplacement de		
gammaglobuline :		
16000	par voie sous-cutanée, à domicile, par mois, par patient	75,00

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

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

09201	Visite principale	46,20
----	Supplément de consultation 26,30	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,50
09088	Supplément de durée	16,80

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

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

09202	Visite de contrôle	25,20
-------	------------------------------	-------

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

09127	Visite principale	16,80
	Supplément de consultation 22,60	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	39,40
09129	Visite de contrôle	8,40

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

09150	Visite principale	15,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00

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

09135	Visite de contrôle	10,50
-------	--------------------------	-------

AVIS : *SOINS D'URGENCE
Voir la Règle d'application n° 6.*

15120	Examen et soins du nouveau-né lors d'une césarienne ou de l'accouchement	26,30
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 00984.	
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs :	
09095	premier jour	70,00
09096	chaque jour subséquent	47,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	<i>81,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>81,00</i>

		R = 1
Externe		
09162	Visite principale	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09145	Visite de contrôle	10,50
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.		
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09148	Visite de contrôle	11,00
Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00
<u>AVIS :</u> LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4) Voir la règle 17 du Préambule général.		
<i>Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le Modificateur 033.</i>		
09201	Visite principale	15,80
----	Supplément de consultation 29,20	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	45,00
09202	Visite de contrôle	10,50

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

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

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

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

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

09094	Visite de transfert	35,70
-------	-------------------------------	-------

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

09152	Visite de contrôle	17,30
-------	------------------------------	-------

Externe

+09162	Visite principale	45,00
+----	Supplément de consultation 50,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	95,00
09164	Visite de contrôle	17,70

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

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

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

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

Domicile :

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

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

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

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

CARDIOLOGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	64,00
----	Supplément de consultation 53,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	117,00
09129	Visite de contrôle	28,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	68,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	68,00
+----	Supplément de consultation 45,50	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,50

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

09094	Visite de transfert	68,00
-------	-------------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

09152	Visite de contrôle	30,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	45,00

	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	
16001	première visite	120,00
16002	visite subséquente	30,00

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

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	125,00
09096	chaque jour subséquent.	70,00
<p><u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs,</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.</i></p> <p>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i></p>		
09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent.	81,00
09173	Télécommunication par téléscripateur comportant un rapport de consultation au médecin traitant	50,00
09163	Télécommunication avec supervision d'une ultrasonographie cardiaque incluant la rédaction d'un rapport spécifique, supplément pédiatrique (bénéficiaire de moins de 2 ans)	75,00
<p>NOTES :</p> <p>1. Ce service médical ne peut être facturé le même jour que les codes d'acte 08303 et 08311 par un même médecin et pour un même patient.</p> <p>2. Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CHUQ (Pavillon CHUL) - CHUS - Hôpital Ste-Justine - L'Hôpital de Montréal pour Enfants 		
09221	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	61,00
<p><u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 09224 ainsi que les honoraires correspondants.</i></p>		
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	85,00
<p><u>AVIS :</u> <i>Avec les codes d'acte 09221 et 09224, inscrire un code d'établissement OXXX6, correspondant à l'unité coronarienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec, OXXX9.</i></p>		
00024	Visite de départ	50,00
<p><u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i></p>		

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

		R = 1
Externe		
09162	Visite principale.	49,00
----	Supplément de consultation 39,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	88,00
09164	Visite de contrôle.	23,50
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation et prise en charge à l'intérieur d'une clinique d'insuffisance cardiaque	
16004	première visite	100,00
16005	visite subséquente (maximum 10 par patient, par année civile) .	50,00
	NOTE : Les actes codés 16004 et 16005 sont réservés aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.	
	<u>AVIS :</u> Pour le code 16004, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
	Évaluation d'un malade dirigé par un cardiologue pour évaluation en génétique cardiovasculaire	
16006	première visite	120,00
16007	visite subséquente	23,50
	<u>AVIS :</u> Pour le code 16006, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
Salle d'urgence		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	116,00
	<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence (0XXX7) dans la case appropriée.	
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
	<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.	
09147	Visite principale	20,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre.	20,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	72,00
09148	Visite de contrôle	10,50
Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00

CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE ET THORACIQUE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09281, 09286, 09162, 09170, 09283, 09288, 09201, 09212, 09285 et 09290, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	42,10
----	Supplément de consultation 5,20	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	47,30
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,70	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	57,80
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	52,60
09292	Supplément de durée	26,30

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

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

09129	Visite de contrôle	15,80
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	32,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	32,60
----	Supplément de consultation 5,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,50	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
09152	Visite de contrôle	28,30

Externe

09162	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	99,40

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.
(3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6.

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

----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
+09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	110,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
+09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	105,00
09164	Visite de contrôle	28,30
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).

Liste agréée des établissements en chirurgie cardiovasculaire et thoracique

- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Complexe hospitalier de la Sagamie
- CUSM-L'Hôpital de Montréal pour Enfants
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- CUSM-Hôpital Général de Montréal
- Hôpital Laval
- Hôpital Notre-Dame du CHUM
- CUSM-Hôpital Royal Victoria
- Hôpital Sainte-Justine-CHU Mère-Enfant
- Hôpital Saint-Luc du CHUM
- Hôtel-Dieu du CHUM
- Institut de Cardiologie de Montréal
- L'Hôpital général juif-Sir Mortimer B.Davis

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

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

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	37,90
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	48,40
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	43,10
09148	Visite de contrôle	11,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.
 (3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6

R = 1

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

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

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

09201	Visite principale	94,40
----	Supplément de consultation 5,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (*1)	99,40
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 15,80	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	47,30
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 10,60	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	42,10
09202	Visite de contrôle	28,30

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.
(3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale.	50,70
+----	Supplément de consultation 41,30	
+09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	92,00
09129	Visite de contrôle.	15,80

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale.	47,60
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	47,60
+----	Supplément de consultation 23,40	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	71,00
09152	Visite de contrôle.	14,20
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	19,20
09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	79,00
09096	chaque jour subséquent	54,00

AVIS : - Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :
- l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs
- de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :

	par jour, par patient	
09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent.	81,00

Soins complets pour polytraumatisme, chez un malade hospitalisé

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

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

	Cet honoraire global est payable seulement au premier chirurgien général qui prend en charge le patient polytraumatisé.	
	Cependant, cet honoraire global n'est pas payé s'il y a chirurgie au cours des premières 24 heures par un chirurgien général, dans le même établissement.	
	Par patient polytraumatisé, on entend une personne accidentée présentant plus d'un traumatisme dont l'un est intra-abdominal, intrathoracique ou intracrânien	
00078	sans instabilité hémodynamique	105,00
00099	avec instabilité hémodynamique nécessitant des soins pour le maintien des fonctions vitales	315,00
	Externe	
09162	Visite principale	38,50
+ ----	Supplément de consultation 32,50	
+ 09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	71,00
09164	Visite de contrôle	12,60
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
	AVIS : <i>Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.</i>	
09147	Visite principale	21,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,00
	AVIS : <i>Voir la règle 5.5 du Préambule général.</i>	
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	41,20
09148	Visite de contrôle	11,00
	Domicile :	
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00
	AVIS : <i>LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4) Voir la règle 17 du Préambule général.</i>	
	<i>Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le Modificateur 033.</i>	
09201	Visite principale	38,50
# ----	Supplément de consultation 32,50	
# 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	71,00
09202	Visite de contrôle	12,60
	AVIS : (1*) <i>Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.9.</i>	

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	58,90
+----	Supplément de consultation 15,10	
+09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	74,00
09292	Supplément de durée	38,50

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

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

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	49,90
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	49,90
+----	Supplément de consultation 6,00	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	55,90
09152	Visite de contrôle	16,30
+15131	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	79,60

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

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

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

Externe		
09162	Visite principale	45,00
+----	Supplément de consultation 14,60	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	59,60
09164	Visite de contrôle	14,50
+15132	Visite d'un patient atteint d'un sarcome primaire de l'os ou des tissus mous	78,30
 Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
09147	Visite principale	28,10
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	28,10
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.		
+----	Supplément de consultation 24,40	
+09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	52,50
09148	Visite de contrôle	11,50
 Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00

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

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

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

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

09201	Visite principale	45,00
#----	Supplément de consultation 14,60	
#09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	59,60
09202	Visite de contrôle	14,50

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

CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	43,00
+----	Supplément de consultation 6,00	
+09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	49,00
+09292	Supplément de durée.....	50,00

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

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

+09129	Visite de contrôle	24,00
--------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

+09150	Visite principale	45,00
+09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	45,00
+----	Supplément de consultation 7,00	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	52,00
+09152	Visite de contrôle	32,00

Externe

09162	Visite principale	40,00
+----	Supplément de consultation 5,00	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	45,00
+09164	Visite de contrôle	24,00

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

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

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

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

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

Domicile :

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

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

09201	Visite principale	40,00
# ----	Supplément de consultation 5,00	
# 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	45,00
# 09202	Visite de contrôle	24,00

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

DERMATOLOGIE

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

Malgré la règle 2.2 de l'Addendum de Chirurgie, le 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 ne peut pas être facturé en sus du supplément de consultation intradisciplinaire.

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

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

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

Cabinet privé :		
09180	Visite principale	44,20
16008	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément.....	25,00
----	Supplément de consultation 13,20	
09249	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	57,40
16009	patient déjà évalué dans une salle d'urgence d'un établissement et qui est vu le même jour en cabinet privé à la demande de l'urgentologue, supplément.....	10,00
16010	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément.....	25,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 23,40	
16011	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation intradisciplinaire)	67,60
09220	Supplément de durée (1*)	50,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
+09182	Visite de contrôle	23,80
16012	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément.....	15,00

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

Hospitalisation		
09183	Visite principale	56,30
09061	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	56,30
+ 16013	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	20,00
----	Supplément de consultation 15,80	
09184	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	72,10
16014	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	20,00
AVIS : <i>Voir la règle 6.3 du Préambule général.</i>		
09081	Supplément de durée (1*)	20,00
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09132	Visite de transfert	38,30
AVIS : <i>Voir la règle 5.6 du Préambule général.</i>		
09185	Visite de contrôle	19,70
16015	si traitement d'ulcère de 1 cm ou plus, supplément	10,00
09174	Tournée des malades le week-end	26,30
(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).		
Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
09095	premier jour	110,30
09096	chaque jour subséquent	64,20
AVIS : - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1</i>		
AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
<i>par jour, par patient</i>		
09097	<i>premier jour</i>	<i>81,00</i>
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	<i>81,00</i>

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

GÉRIATRIE

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

Cabinet privé

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

00034	Visite principale	67,55
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	67,55

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

15072	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	67,55
-------	---	-------

+15240	patient de 85 ans et plus, supplément	33,00
+----	Supplément de consultation 66,20	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	133,75
+15241	patient de 85 ans et plus, supplément	22,00
15133	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	80,00

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

NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

00037	Supplément de durée (1*)	10,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

B - TARIFICATION DES VISITES

Spécialistes

		R = 1
00038	Visite de transfert (2*)	34,00
00039	Visite de contrôle	10,75
00041	Tournée des malades le week-end	35,25
+ 15139	Visite pour un patient atteint de démence, affecté par une perte de mobilité ou ayant une polymédication (> 5 médicaments différents, excluant les laxatifs, la médication topique dermatologique et la médication au besoin (PRN))	100,55
<p>AVIS : - Incrire le « SCORE » ou « polymédication » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES - Incrire la date d'entrée dans la case ÉTABLISSEMENT de la demande de paiement. Voir la règle 5.4 du préambule général.</p>		
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	98,00
00054	chaque jour subséquent	57,00
<p>AVIS : - Incrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{ère} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1</p> <p>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : par jour, par patient</p>		
09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent	81,00
Externe		
00042	Visite principale	67,55
+ 15242	patient de 85 ans et plus, supplément	33,00
----	Supplément de consultation 66,20	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	133,75
+ 15243	patient de 85 ans et plus, supplément	22,00
<p>NOTE : Ce supplément n'est pas payé en sus du supplément de durée.</p> <p>NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.</p>		
15162	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	80,00

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
00044	Supplément de durée (1*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00045	Visite de contrôle	10,75
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.</i>		
00046	Visite principale	67,55
00047	Visite principale subséquente, par trimestre (2*)	67,55
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.5 du PRÉAMBULE GÉNÉRAL - En gériatrie, si le suivi du patient a lieu dans un établissement différent de votre lieu de pratique habituel, utilisez le code d'acte suivant:</i>		
15073	Visite principale subséquente dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement, par mois	67,55
+ 15244	patient de 85 ans et plus, supplément.	33,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	133,75
+ 15245	patient de 85 ans et plus, supplément	22,00
15163	si effectuée auprès d'un patient ou d'équipes de 2e ligne (i.e. hôpitaux de jour, équipe ambulatoire de gériatrie, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité de lits polyvalents, etc.), supplément	80,00
NOTE : Ce supplément ne s'applique que lorsque la consultation est effectuée dans un établissement différent de celui où le gériatre exerce habituellement.		
00049	Visite de contrôle (3*)	10,75
Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.
(2*) Voir la règle 5.6 du Préambule général.
(3*) Voir la Règle d'application n° 27.

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

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

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

00063	Visite principale	67,55
----	Supplément de consultation 66,20	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	133,75
00065	Supplément de durée (1*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle	10,75

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

MÉDECINE D'URGENCE

AVIS : . Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence.

Cabinet privé

15201	Visite (5*)	28,30
----	Supplément de consultation en médecine sportive 50,00	
15203	Consultation en médecine sportive (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine sportive) (6*)	78,30

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

15204	Visite auprès d'un patient admis (4*)	35,10
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 27,40	
15206	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire) (6*)	62,50

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

----	Supplément de consultation en toxicologie 50,00	
16041	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie) (6*)	85,10
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare 50,00	
16042	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare) (6*)	85,10

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

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

B - TARIFICATION DES VISITES

Spécialistes

R = 1

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
	premier jour	110,80
09096	chaque jour subséquent	64,60

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent	81,00

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

15222	Visite auprès d'un patient admis, patient de 70 ans et plus (4*) . . .	49,14
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus plus 38,36	

15223	Consultation interdisciplinaire auprès d'un patient admis (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (6*)	87,50
-------	--	-------

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

----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus plus 70,00	
16032	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus (6*)	119,14

----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus plus 70,00	
16057	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus (6*)	119,14

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

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

Externe		
15209	Visite (5*)	22,60
----	Supplément de consultation en toxicologie (5*)	50,00
16043	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	72,60
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	50,00
16044	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	72,60

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

Salle d'urgence

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

15210	Visite simple (2*)	36,20
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	27,40
15212	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire) (6*)	63,60

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

----	Supplément de consultation en toxicologie	50,00
16045	Consultation en toxicologie (incluant la visite et le supplément de consultation en toxicologie)	86,20
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare	50,00
16046	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite et le supplément de consultation en médecine hyperbare)	86,20

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

15213	Visite élaborée (1*)	89,30
----	Supplément de consultation interdisciplinaire	27,40
15215	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire) (6*)	116,70

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

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

B - TARIFICATION DES VISITES

Spécialistes

		R = 1
15216	Visite de réévaluation élaborée (3*)	59,90
15217	Visite de réévaluation simple (3*)	23,80
15218	Stabilisation (7*)	50,00
	<u>AVIS :</u> Cet acte est un procédé diagnostique et thérapeutique; il doit être facturé dans la section ACTES de la demande de paiement.	
	<u>AVIS :</u> Voir Addendum 11 - Médecine d'urgence, Règle 9 - Majoration d'honoraires selon l'âge. Utiliser les codes d'acte suivants :	
15224	Visite simple, patient de 70 ans et plus (2*)	50,68
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	38,36
15225	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite simple et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (6*)	89,04
	<u>AVIS :</u> Incrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
----	Supplément de consultation en toxicologie, patient de 70 ans et plus	70,00
16058	Consultation en toxicologie (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en toxicologie), patient de 70 ans et plus (6*)	120,68
----	Supplément de consultation en médecine hyperbare, patient de 70 ans et plus	70,00
16059	Consultation en médecine hyperbare (incluant la visite auprès d'un patient admis et le supplément de consultation en médecine hyperbare), patient de 70 ans et plus (6*)	120,68
	<u>AVIS :</u> Pour les codes 16058 et 16059, inscrire l'identification du médecin référant (initiale, nom et numéro) dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.	
15226	Visite élaborée, patient de 70 ans et plus (1*)	125,02
----	Supplément de consultation interdisciplinaire, patient de 70 ans et plus	38,36

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

R = 1

15227	<i>Consultation interdisciplinaire (incluant la visite élaborée et le supplément de consultation interdisciplinaire), patient de 70 ans et plus (5*)</i>	163,38
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'identification du médecin référant qui doit être spécialiste d'une autre discipline, dentiste ou omnipraticien ne détenant pas de privilèges en urgence dans le même établissement (initiale, nom et numéro), dans les cases PROFESSIONNEL RÉFÉRANT et SON NUMÉRO.</i>	
15228	<i>Visite de réévaluation élaborée, patient de 70 ans et plus (3*)</i>	83,86
15229	<i>Visite de réévaluation simple, patient de 70 ans et plus (3*)</i>	33,32

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

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

15219	<i>Visite (5*)</i>	11,30
-------	------------------------------	-------

Domicile

15220	<i>Visite (5*)</i>	36,00
-------	------------------------------	-------

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

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

15221	<i>Visite (5*)</i>	22,60
-------	------------------------------	-------

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

MÉDECINE INTERNE

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

Cabinet privé

00030	Visite principale	46,00
+----	Supplément de consultation 59,60	
+00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	105,60
00033	Visite de contrôle	30,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

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

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

+----	Supplément de consultation 84,30	
+00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).....	144,30
16048	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (Ex.: SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	50,00

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

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

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

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

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

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

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
00039	Visite de contrôle	19,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	45,00
00028	Unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade	65,00
	<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'il s'agit d'un week-end ou d'un jour férié, utiliser le code 00029 ainsi que les honoraires correspondants.</i>	
00029	Tournée des malades le week-end, pour l'unité coronarienne (Pour la première visite et l'analyse des bandes de rythmes de la journée), par malade (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	91,00
	<u>AVIS :</u> <i>Avec les codes d'acte 00028 et 00029, inscrire un code d'établissement OXXX6 correspondant à l'unité corona- rienne ou dans le cas d'un établissement hors Québec OXXX9.</i>	
00053	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	130,00
00054	chaque jour subséquent	90,00
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	<i>premier jour</i>	81,00
09098	<i>chaque jour subséquent</i>	81,00
00024	Visite de départ	84,00
16050	Évaluation et résumé d'un dossier en vue du transfert d'un patient pour subir des épreuves diagnostiques ou thérapeutiques incluant, le cas échéant, des épreuves d'hémodynamie cardiaque NOTE : L'acte codé 16050 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00024, le même jour.	80,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospita- lier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>	

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
Externe		
00042	Visite principale.	35,00
+----	Supplément de consultation 54,60	
+00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,60
00045	Visite de contrôle.	22,00
Salle d'urgence		
<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence (0XXX7) dans la case appropriée.</i>		
+----	Supplément de consultation 84,30	
+00051	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	144,30
16051	si patient atteint d'une infection nécessitant un isolement (Ex.: SARM, ERV, Clostridium difficile, Influenza ou Gastro-entérite infectieuse), supplément	50,00
<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le nom de l'infection justifiant un isolement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		

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

00046	Visite principale	30,00
00047	Visite principale subséquente, par trimestre (1*)	30,00
+----	Supplément de consultation 69,00	
+00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	99,00
00049	Visite de contrôle (2*)	15,00

Domicile :

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

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

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

00063	Visite principale	35,00
#----	Supplément de consultation 54,60	
#00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	89,60
00066	Visite de contrôle	22,00

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

MÉDECINE NUCLÉAIRE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	36,20
09129	Visite de contrôle	19,70

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	26,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	26,70
09094	Visite de transfert	26,70

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

09152	Visite de contrôle	19,70
-------	--------------------------	-------

Externe

09162	Visite principale	26,70
09164	Visite de contrôle	13,90

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

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

09147	Visite principale	25,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	25,40

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

09148	Visite de contrôle	13,40
-------	--------------------------	-------

Domicile :

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

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

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

09201	Visite principale	26,70
09202	Visite de contrôle	13,90

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

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

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

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

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

RÈGLE 2**MALADIES INFECTIEUSES EN ÉMERGENCE**

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

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

ANNEXE 1 DE L' ADDENDUM 10. - MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE**+ LISTE DES MALADIES EN ÉMERGENCE (Actes codés 09026, 09027, 09041, 09042, 09043, 09047, 09074, 09075, 09076, 15104 et 16062.)**

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

1. INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE

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

2. INFECTIONS EXOTIQUES EN ÉMERGENCE

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

3. INFECTIONS ÉMERGENTES DUES À LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

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

4. CONDITION PARTICULIÈRE

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

MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	56,60
----	Supplément de consultation 61,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	118,10
09137	Supplément de durée (1*)	29,70
09129	Visite de contrôle	26,70
Maladies infectieuses en émergence :		
15104	Visite principale	49,50
NOTE : Malgré la Règle d'application n° 23, l'acte codé 15104 est payable une fois par période de 14 jours, par patient, par médecin microbiologiste infectiologue.		

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

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale (2*)	60,50
AVIS : 16111 Visite principale, à partir de la 21 ^e journée de la date d'admission (2*)		
	- Inscrire la date d'entrée en établissement dans la case ÉTABLISSEMENT.	60,50
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	60,50
----	Supplément de consultation 56,70	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	117,20
AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.		
09080	Supplément de durée (1*)	11,90
09094	Visite de transfert (2*)	51,70

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
09152	Visite de contrôle	22,40
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	35,20
09000	Ensemble des soins médicaux prodigués par un médecin microbiologiste-infectiologue dans le cadre d'une infection nosocomiale premier jour	118,30
09007	jour subséquent	23,30
	NOTE : L'acte codé 09000 ne peut être facturé si une consultation ou un autre acte codé 09000 a été facturé par un médecin microbiologiste-infectiologue pour un même patient pendant la même hospitalisation dans les 14 jours précédents.	
	Soins critiques :	
16060	Visite principale (1*)	84,60
----	Supplément de consultation 48,50	
09011	Consultation aux soins intensifs ou coronariens ou dans les unités de grands brûlés ou pour un patient ayant subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse ou pour leucémies aiguës excluant les greffes de peau, d'os ou de cartilage (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	133,10
16061	Visite de transfert (1*)	72,30
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 5.6 du Préambule général.	
09019	Visite de contrôle	25,20
	Maladies infectieuses en émergence :	
09026	Visite principale (1*)	84,60
----	Supplément de consultation 48,50	
09027	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	133,10
16062	Visite de contrôle	25,20
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 2.1 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	
	Antibiothérapie parentérale ambulatoire :	
09029	Consultation (incluant la visite principale, le supplément de consultation et la planification du traitement) (1*)	133,10
09030	Planification du traitement	59,10
	NOTE : Les actes codés 09029, 09030, 09032 et 09044 ne peuvent être facturés si l'un ou l'autre de ces actes a été facturé pour le même patient dans les 60 jours précédents.	
	<u>AVIS</u> : Voir la règle 1.2 de l'Addendum 10 - Microbiologie-infectiologie.	

AVIS : (1*) Voir la règle 5.4 du Préambule général.

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

09147	Visite principale	26,00
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	26,00

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	106,50
09148	Visite de contrôle	12,50
09037	Entrevue avec des tiers aux fins d'intervention épidémiologique pour prophylaxie dans le cadre d'urgence en santé publique, par cas-index	48,70

AVIS : Inscire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.**Domicile :**

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

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

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

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

09201	Visite principale	43,80
	Supplément de consultation 41,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	84,80
09088	Supplément de durée	17,80
<p><u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite. Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</p>		
09202	Visite de contrôle	19,50
	Maladies infectieuses en émergence :	
09074	Visite principale	49,50

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	55,00
----	Supplément de consultation 83,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	138,00
09137	Supplément de durée (1*)	33,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	28,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation		
09150	Visite principale	69,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	69,00
+----	Supplément de consultation 46,00	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	115,00

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

09080	Supplément de durée (1*)	13,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09094	Visite de transfert	44,00
-------	---------------------------	-------

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

09152	Visite de contrôle	25,00
09161	Tournée des malades le week-end	37,00
	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	

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

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

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
	premier jour	118,00
09096	chaque jour subséquent	69,00

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent	81,00

Externe

09162	Visite principale	41,00
----	Supplément de consultation 67,00	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	108,00
09078	Supplément de durée	20,00

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

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

09164	Visite de contrôle	21,00
-------	------------------------------	-------

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

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

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

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	78,80
09148	Visite de contrôle	11,00

Domicile :

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

NEUROCHIRURGIE

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

Cabinet privé :

09127	Visite principale	43,50
----	Supplément de consultation 86,50	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	130,00
09292	Supplément de durée	27,20

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

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

09129	Visite de contrôle	16,30
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	33,70
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	33,70
----	Supplément de consultation 66,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	100,00
09152	Visite de contrôle	16,30
00088	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme crano-encéphalique chez un patient hospitalisé, intubé et sous ventilation mécanique premières 24 heures	250,00
15123	Soins neurochirurgicaux pour traumatisme spino-médullaire avec lésion médullaire ou de la queue de cheval démontrée à l'IRM premières 24 heures	250,00

NOTE : Concernant les actes codés 00088 et 15123, l'honoraire global comprend l'ensemble des soins dispensés par le neurochirurgien, notamment les visites, la surveillance et l'évaluation en vue d'établir l'indication opératoire ou le pronostic, sauf le drainage ventriculaire continu et l'implantation d'un moniteur intracrânien pour mesurer la pression intracrânienne, le cas échéant.

Cet honoraire ne s'applique pas s'il y a chirurgie par un neurochirurgien dans les premières 24 heures de la prise en charge des soins neurochirurgicaux.

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

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

16063	Soins neurochirurgicaux conduisant à l'établissement du diagnostic de mort cérébrale en vue d'un don d'organes possible (incluant l'évaluation de l'état clinique et des résultats des examens paracliniques, la discussion avec l'équipe multidisciplinaire et avec les proches du patient et le suivi approprié).	300,00
	NOTE : La Règle d'application # 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16063.	
	Soins médicaux pour un patient ayant subi un traitement endovasculaire pour une pathologie neurovasculaire par un médecin d'une autre spécialité excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	
16064	1 ^{er} jour	200,00
16065	2 ^e au 10 ^e jour (par jour)	50,00
	Externe	
09162	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 67,35	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	100,00
09164	Visite de contrôle	14,70
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).	300,00
	NOTE : La Règle d'application # 20 ne s'applique pas à l'acte codé 16066.	

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

09147	Visite principale	21,75
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,75

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*).	100,00
09148	Visite de contrôle	11,40

Domicile :

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

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

Centre hospitalier :

Participation aux cliniques surspécialisées :

09168	Évaluation par un médecin neurochirurgien au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique surspécialisée comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité	45,00
-------	--	-------

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

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

09201	Visite principale	32,65
----	Supplément de consultation 67,35	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	100,00
09202	Visite de contrôle	14,70

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

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes****R = 1****NEUROLOGIE
NEUROPSYCHIATRIE ET
ELECTROENCEPHALOGRAPHIE****Cabinet privé :**

+09127	Visite principale	66,40
16067	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire, épilepsie, démence, maladie de Parkinson ou ataxie de Friedreich, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	
	AVIS : <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
+----	Supplément de consultation 54,00	
+09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	120,40
+15134	enfant de moins de 13 ans, supplément	11,50
09137	Supplément de durée (1*)	28,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
+09129	Visite de contrôle	37,20

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

+09150	Visite principale	77,70
16068	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire, épilepsie, démence, maladie de Parkinson ou ataxie de Friedreich, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	
	AVIS : <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	
+09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	77,70
16069	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire, épilepsie, démence, maladie de Parkinson ou ataxie de Friedreich, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	
	AVIS : <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case</i> DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

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

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

+----	Supplément de consultation	41,50	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....		119,20
+15135	enfant de moins de 13 ans, supplément		11,50
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6.3 du Préambule général.		
09080	Supplément de durée (1*)		11,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
+09094	Visite de transfert		61,70
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.6 du Préambule général.		
+09152	Visite de contrôle		28,80
09161	Tournée des malades le week-end		
+	(honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).....		38,40
+09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs		
	premier jour		105,20
+09096	chaque jour subséquent		61,20
	<u>AVIS :</u> - Inscire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1 ^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.		
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :		
	par jour, par patient		
09097	premier jour		81,00
09098	chaque jour subséquent		81,00
	Soins médicaux pour un patient dans une unité de neurologie excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques		
+16070	premier jour		77,70
+16071	chaque jour subséquent		56,70
+00024	Visite de départ		84,50
	NOTE : L'acte codé 00024 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 16071.		
	<u>AVIS :</u> Inscire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.		

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

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

Externe		
+09162 16072	Visite principale.	49,90
	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire, épilepsie, démence, maladie de Parkinson ou ataxie de Friedreich, supplément	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
+----	Supplément de consultation 43,90	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,80
+15136 09078	enfant de moins de 13 ans, supplément.	11,50
	Supplément de durée.	17,10
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : <i>Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.</i>	
+09164	Visite de contrôle.	28,30
Salle d'urgence		
+09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	131,40
+15137	enfant de moins de 13 ans, supplément.	11,50
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence (0XXX7) dans la case appropriée.</i>	
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.</i>	
09147 16073	Visite principale	22,70
	dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire, épilepsie, démence, maladie de Parkinson ou ataxie de Friedreich, supplément.	20,00
	NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
09296 16074	Visite principale subséquente, par trimestre dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire, épilepsie, démence, maladie de Parkinson ou ataxie de Friedreich, supplément. NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	22,70 20,00
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.5 du Préambule général.</i>		
09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	87,60
09148	Visite de contrôle	11,90
Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00
<u>AVIS :</u> LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4) <i>Voir la règle 17 du Préambule général</i>		
<i>Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le Modificateur 033.</i>		
# 09201 16075	Visite principale dans une des pathologies suivantes : sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, atrophie spinale progressive, dystrophie musculaire, épilepsie, démence, maladie de Parkinson ou ataxie de Friedreich, supplément. NOTE : Maximum 2 par année civile, par patient.	49,90 20,00
<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code de diagnostic approprié dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
# ----	Supplément de consultation 43,90	
# 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,80
# 15138 09088	enfant de moins de 13 ans, supplément Supplément de durée	11,50 17,10
<i>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.</i>		
<u>AVIS :</u> <i>Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.</i>		
# 09202	Visite de contrôle	28,30

OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09149, 09165, 09281, 09286, 09175, 09170, 09283, 09288, 09209, 09212, 09285, 09290, 15080, 15090, 15113, 16076, 16088 et 16092, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09149	Visite principale	39,00
15108	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (4*)	20,00
----	Supplément de consultation 36,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	75,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 56,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	95,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 41,00	
09286	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	80,00
15080	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	70,00

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

16076	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09292	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

09129	Visite de contrôle	18,00
09138	Visite prénatale	20,00
15124	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	20,00
16077	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	110,00
16078	visite subséquente	35,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	

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

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 (3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.
 (4*) Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Hospitalisation		
09151	Visite principale	40,00
15109	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (4*)	20,00
09066	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	40,00
16079	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	65,00
16080	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine	130,00
	NOTE : Les actes codés 16079 et 16080 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16081	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	40,00
16082	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale, les recommandations et, le cas échéant, les prélèvements	80,00
	NOTE : L'acte codé 16082 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16079, 16080, 16081 et 16082 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale ou une visite principale à la même séance.	
----	Supplément de consultation 25,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 50,00	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 30,00	
09287	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	70,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 55,00	
+ 15140	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	148,40
	NOTE : L'acte codé 15140 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	

AVIS : *Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1.***AVIS :** (4*) *Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.*

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
15081	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	60,00
	<u>AVIS</u> : <i>Inscrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.</i>	
16083	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	55,00
15082	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation) Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	110,00
15083	première visite	75,00
15084	visite subséquente	35,00
00027	Visite de suivi oncologique (2*)	25,00
+ 15085	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation	
09152	Visite de contrôle.	15,00
09156	Visite prénatale, grossesse normale	15,10
	<u>AVIS</u> : <i>Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application.</i>	
15125	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	16,00
	<u>AVIS</u> : <i>Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9. Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	
00067	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
09157	Visite prénatale, grossesse à risque élevé.	20,00
15126	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	18,00
	<u>AVIS</u> : <i>Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9.</i>	
00072	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
15086	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	100,00
	<u>AVIS</u> : <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	

AVIS : (2*) Voir la règle 7 de l'Addendum 6 - Obstétrique-gynécologie.

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
15087	visite subséquente	30,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection	
15088	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	90,00
	<u>AVIS :</u> <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15089	visite subséquente	30,00
	Externe	
09175	Visite principale	32,00
15110	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (4*)	18,00
00073	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
16084	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique à partir de la 18 ^e semaine	65,00
16085	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique complet des grossesses multiples à partir de la 18 ^e semaine	130,00
	NOTE : Les actes codés 16084 et 16085 ne peuvent être facturés qu'une seule fois par grossesse.	
16086	Visite pour évaluation de la condition maternelle et foetale, incluant l'échographie de dépistage morphologique pour la croissance foetale après 28 semaines	35,00
16087	Visite pour évaluation du travail préterme pour la longueur du col utérin pendant le 2 ^e trimestre de la grossesse incluant l'échographie endovaginale et, le cas échéant, les prélèvements	70,00
	NOTE : L'acte codé 16087 ne peut être facturé que deux fois par grossesse.	
	NOTE : Les actes codés 16084, 16085, 16086 et 16087 ne peuvent pas être facturés avec une visite prénatale à la même séance.	
----	Supplément de consultation 33,00	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	65,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 58,00	
+09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	90,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 28,00	
+09288	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	60,00
----	Supplément de consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique 58,00	

AVIS : (4*) *Inscrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
+ 15143	Consultation pour une patiente atteinte d'un cancer gynécologique	140,60
	NOTE : L'acte codé 15143 ne s'applique qu'aux médecins désignés par les parties négociantes (voir la Règle 7).	
	<u>AVIS</u> : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 7.1	
15090	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport.	55,00
	<u>AVIS</u> : Incrire l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
16088	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
15091	Évaluation génétique pour histoire familiale de cancer (incluant la visite principale et, le cas échéant, le supplément de consultation)	110,00
15092	Suivi d'évaluation génétique pour histoire familiale de cancer	
	première visite	75,00
15093	visite subséquente	35,00
15094	Supplément de durée	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
	<u>AVIS</u> : Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.	
09164	Visite de contrôle.	15,00
09166	Visite prénatale, grossesse normale	15,00
	<u>AVIS</u> : Voir le plafonnement d'activités PA-5, sous l'onglet Règles d'application.	
15127	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	20,00
#	<u>AVIS</u> : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (1*).	
00076	test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
09167	Visite prénatale, grossesse à risque élevé.	20,00
+ 15129	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément	18,00
	<u>AVIS</u> : Voir l'Addendum 6 - Obstétrique-Gynécologie, Règle 9 (1*).	
00077	Test de réactivité foetale comprenant l'interprétation et la surveillance pour une patiente non en travail, supplément	2,00
<u>AVIS</u> :	(1*) Incrire la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.	

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
15095	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de grossesse ectopique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	100,00
	<u>AVIS</u> : <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15096	visite subséquente	30,00
	NOTE : Un maximum de 3 visites subséquentes par injection.	
16089	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication et la surveillance	100,00
16090	visite subséquente	30,00
	NOTE : maximum de 3 visites subséquentes par médecin	
15097	Évaluation globale pour chimiothérapie dans les cas de cancer gynécologique incluant la visite, l'injection et le cas échéant, la thérapie de communication, la mise en place du cathéter et la surveillance	90,00
	<u>AVIS</u> : <i>La présence du code de diagnostic dans la case appropriée est obligatoire pour le paiement de cet acte.</i>	
15098	visite subséquente	30,00
09192	Clinique des tumeurs pour la visite de contrôle d'une patiente atteinte d'un cancer invasif d'ordre gynécologique	25,00
	Clinique de soins ultra-spécialisés en endocrinologie de la reproduction ou en infertilité	
09064	visite principale	30,00
09065	visite de suivi	25,00

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

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

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	45,70
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	53,20
09289	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	46,70
16091	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport.	65,00
09148	Visite de contrôle	10,50

Domicile :

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

AVIS : (1*) *Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.*
 (2*) *Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.*
 (3*) *Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.*

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

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

09209	Visite principale	32,00
15111	Prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (5*)	18,00
----	Supplément de consultation 33,00	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	65,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 58,00	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	90,00
----	Supplément de consultation interdisciplinaire 28,00	
09290	Consultation interdisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (3*)	60,00
15113	Visite à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport (6*)	55,00
16092	Visite, à la demande d'un membre du personnel infirmier oeuvrant dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, soit dans un local sous gestion du gouvernement ou dans un cabinet privé d'un médecin, incluant la rédaction d'un rapport	50,00
15128	Supplément de durée (4*)	20,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	15,00
15117	Visite prénatale, grossesse normale	15,00
15141	prise en charge d'une patiente enceinte, supplément (5*)	20,00
16093	Évaluation globale pour traitement médical dans le cas d'une grossesse arrêtée ou d'un avortement incomplet incluant la visite, la thérapie médicale et, le cas échéant, la thérapie de communication la surveillance	100,00
16094	visite subséquente	30,00
	NOTE : Maximum de 3 visites subséquentes par médecin.	

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

- AVIS :**
- (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 - (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.
 - (3*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.6, sauf les honoraires.
 - (4*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.8.
 - (5*) Inscrive la date des dernières menstruations dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
 - (6*) Inscrive l'identification de la sage-femme accréditée par l'Ordre des sages-femmes du Québec (initiales, nom et numéro) dans les cases appropriées.

OPHTALMOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09252, 09253, 09254, 09255, 09256, 09265, 09281, 09283, 09285, 15099, 15101 et 15103, voir la Règle d'application n° 21.

Rédaction d'un rapport de consultation

NOTE :

* **1)** En ophtalmologie, aucun honoraire n'est payé pour la rédaction d'un rapport de consultation dans le cas d'un patient dirigé au médecin ophtalmologiste pour réfraction.

+ ** **2)** L'évaluation neuroophtalmologique d'un patient dirigé par un neurochirurgien, un neurologue ou un ophtalmologiste est payable uniquement à un ophtalmologiste désigné par les parties négociantes qui justifie d'une formation particulière en neuro-ophtalmologie. Cette évaluation inclut le rapport écrit.

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

Cabinet privé :

09252	Visite principale	61,75
----	* Supplément de consultation 13,50	
09254	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	75,25
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 27,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	88,75
15099	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	75,25

AVIS : Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.

09292	Supplément de durée	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

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

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

+09123	**Évaluation neuro-ophtalmologique	115,00
09129	Visite de contrôle	35,20
+15004	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois.	67,00

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

09150	Visite principale	57,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	57,20
----	* Supplément de consultation 10,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	67,20
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 29,80	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	87,00
15100	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	67,20
16095	Supplément de durée	25,00

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

AVIS : Incrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.

+09124	** Évaluation neuro-ophtalmologique	115,00
09152	Visite de contrôle	32,60
+15018	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois.	67,00

Externe

09253	Visite principale	45,75
----	* Supplément de consultation 10,00	
09255	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	55,75
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 41,25	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	87,00
15101	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	55,75
16096	Supplément de durée	25,00

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

AVIS : Incrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.

B - TARIFICATION DES VISITES**Spécialistes**

		R = 1
+09125	** Évaluation neuro-ophtalmologique	115,00
09164	Visite de contrôle	26,10
+ 15019	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,00

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

09147	Visite principale	45,75
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	45,75

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

09176	* Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	67,20
09284	* Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	87,00
15102	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	67,20

AVIS : *Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.*

09148	Visite de contrôle	26,10
-------	------------------------------	-------

Domicile :

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

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4, sauf les honoraires.
 (2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5, sauf les honoraires.

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

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

09265	Visite principale	45,75
----	* Supplément de consultation 10,00	
09256	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	55,75
----	* Supplément de consultation intradisciplinaire 41,25	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	87,00
15103	Visite à la demande d'un optométriste incluant la rédaction d'un rapport	38,85
16097	Supplément de durée Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	25,00
	AVIS : Inscrire l'identification de l'optométriste référant (initiale, nom et numéro) dans les cases appropriées.	
09202	Visite de contrôle	26,10
# 15023	Examen de dépistage de la rétinopathie de la prématurité chez un enfant âgé de moins de 5 mois	67,00

* NOTE : Le supplément de consultation ne s'applique pas pour un problème de réfraction.

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

AVIS : Pour la facturation des codes d'acte 09127, 09165, 09281, 09162, 09170, 09283, 09201, 09212 et 09285, voir la Règle d'application n° 21.

Cabinet privé :

09127	Visite principale	45,20
+----	Supplément de consultation 7,80	
+09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	53,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09281	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	63,20
09292	Supplément de durée	29,80

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

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

09129	Visite de contrôle	20,40
-------	--------------------------	-------

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	45,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	45,20
+----	Supplément de consultation 7,80	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	53,00
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09282	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	63,20
16098	Visite de suivi aux soins intensifs	22,00

AVIS : Incrire un code d'établissement OXXX6 correspondant à l'unité de soins intensifs dans la case appropriée;
Dans le cas d'une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'Annexe 29, inscrire un 4XXX6.
-Voir l'Addendum 4 – Chirurgie, règle 2.3.

09152	Visite de contrôle	18,30
-------	--------------------------	-------

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.

R = 1

		R = 1
Externe		
09162	Visite principale	35,00
+----	Supplément de consultation 7,50	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	42,50
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09283	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	53,00
09164	Visite de contrôle	16,30
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.		
09147	Visite principale	23,80
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	23,80
<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.		
+09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	47,90
09284	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	59,20
09148	Visite de contrôle	12,40
Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00
Centre hospitalier		
Participation aux cliniques des tumeurs :		
09168	Évaluation par un médecin oto-rhino-laryngologiste au vu du dossier d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs comportant un rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes, et ne peut s'appliquer à plus de trois médecins de la même spécialité.	46,60

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.

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

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

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

09201	Visite principale	35,00
#----	Supplément de consultation 7,50	
#09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (1*)	42,50
----	Supplément de consultation intradisciplinaire 18,00	
09285	Consultation intradisciplinaire (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (2*)	53,00
09202	Visite de contrôle	16,30

AVIS : (1*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.4.
(2*) Voir l'Addendum 4 - Chirurgie, Règle 2.5.

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

09150	Visite principale	100,80
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	100,80
----	Supplément de consultation 27,00	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	127,80
09094	Visite de transfert.	50,00

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

15112	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	116,10
-------	--	--------

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

09152	Visite de contrôle	28,20
15165	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex.: autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	31,90

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance

AVIS : *- Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- Inscrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Inscrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée.*

00086	Présence du médecin à la salle d'accouchement ou d'opération	104,90
-------	--	--------

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

00081	Soins du nouveau-né.	100,00
-------	------------------------------	--------

AVIS : *Voir la règle 2.1 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.*

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	65,60
-------	---	-------

B - TARIFICATION DES VISITES

Spécialistes

R = 1

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
09096	premier jour	153,10
	chaque jour subséquent	71,50
	<p><u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.</i></p> <p>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i></p>	
09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent.	81,00
	<p><i>Surveillance à l'unité des soins intensifs (Réf. : Annexe 29; art. 4.8)</i> <i>Après la première heure (non rémunérée), pour chaque quart d'heure additionnel.</i></p>	
00010	<i>Inscrire l'heure de début et de fin de la surveillance à l'unité des soins intensifs dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>	26,00
15114	Visite par un autre pédiatre pour patient ayant subi une greffe ou hospitalisé aux soins intensifs	78,70
	<p>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.</p>	
00024	visite de départ.	80,00
	<p><u>AVIS :</u> <i>Inscrire les dates d'entrée et de sortie du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i></p>	
	Externe	
09162	Visite principale.	31,90
+ ----	Supplément de consultation 62,10	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,00
00083	Supplément de durée.	35,90
	<p>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.</p> <p><u>AVIS :</u> <i>Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.</i> <i>Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.</i></p>	

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

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

09201	Visite principale	31,90
#----	Supplément de consultation 62,10	
#09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,00
00084	Supplément de durée	35,90

NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ni de la visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme.

AVIS : Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3 et la règle 5 de l'Addendum 2 - Pédiatrie.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.

15116	Visite pour les soins d'un enfant à la demande d'une sage-femme incluant la rédaction d'un rapport	81,60
-------	--	-------

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

16001	Visite pour une première évaluation d'un patient non connu à la demande d'intervenants autres qu'un médecin ou une sage-femme, tels psychologue, psychoéducateur, travailleur social, dentiste, orthophoniste ou optométriste	60,00
09202	Visite de contrôle	20,70

15167	Rencontre de un ou plusieurs intervenants pour un enfant souffrant de troubles psychosociaux (ex. : autisme, troubles de comportement, retard de développement, déficit d'attention, hyperactivité et autres) au cours d'une évaluation médicale pédiatrique, avec ou sans la présence de l'enfant, par quart d'heure	31,90
-------	---	-------

Maximum : 6 quarts d'heure, par séance

AVIS : - Incrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie de l'enfant faisant l'objet de la rencontre;
- Incrire le code de diagnostic dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- Incrire le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS et les honoraires correspondants dans la case appropriée;

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

+09127	Visite principale	62,90
+----	Supplément de consultation 49,70	
+09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	112,60
09137	Supplément de durée (1*).	31,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	32,70

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

+09150	Visite principale	79,60
+09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	79,60
+----	Supplément de consultation 42,80	
+09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,40

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

09080	Supplément de durée (1*)	12,40
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09094	Visite de transfert	50,70
-------	---------------------------	-------

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

16103	Visite auprès d'un patient en réadaptation lourde	40,00
-------	---	-------

AVIS : *Voir la règle 5.7 du Préambule général;
Voir la règle d'application n° 36.*

09152	Visite de contrôle	27,00
-------	--------------------------	-------

09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	36,10
-------	---	-------

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

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

		R = 1
Externe		
+09162	Visite principale	47,00
+----	Supplément de consultation 37,80	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	84,80
09078	Supplément de durée (1*).....	18,60
NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.		
09164	Visite de contrôle	24,50
Salle d'urgence		
+09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	122,40
AVIS : <i>Inscrire le code d'établissement de la clinique d'urgence (0XXX7) dans la case appropriée.</i>		
Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :		
AVIS : <i>Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.</i>		
+09147	Visite principale	31,80
+09296	Visite principale subséquente, par trimestre	31,80
AVIS : <i>Voir la règle 5.5 du Préambule général.</i>		
+09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	119,20
09148	Visite de contrôle	15,70
Domicile :		
09171	Visite principale	36,00
09172	Visite de contrôle	13,00

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

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

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

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

# 09201	Visite principale	47,00
# ----	Supplément de consultation 37,80	
# 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).....	84,80
09088	Supplément de durée (1*).....	18,60
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09202	Visite de contrôle	24,50

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

PNEUMOLOGIE**Cabinet privé :**

09127	Visite principale	42,25
----	Supplément de consultation 85,25	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	127,50
09137	Supplément de durée (1*)	26,75
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.	
09129	Visite de contrôle	42,25
09142	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	9,70
	NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.	

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

09150	Visite principale	51,35
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	51,35
----	Supplément de consultation 71,55	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90

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

09080	Supplément de durée (1*)	10,70
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09094	Visite de transfert	51,35
-------	-------------------------------	-------

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

09152	Visite de contrôle	20,00
09161	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	26,65

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

B - TARIFICATION DES VISITES

Spécialistes

R = 1

09095	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs premier jour	105,00
09096	chaque jour subséquent	61,00
<p><u>AVIS :</u> - <i>Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier;</i> - <i>inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :</i> - <i>l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs</i> - <i>de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs.</i> <i>Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.</i></p> <p>AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ : <i>par jour, par patient</i></p>		
09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent.	81,00
<p>Transplantation</p>		
+09153	Forfait pour suivi de patients post-transplantation pulmonaire par jour, par patient, au cours de l'hospitalisation initiale, incluant les visites et la surveillance mais excluant les procédés diagnostiques et thérapeutiques	160,50
<p>NOTE : Ce forfait ne s'applique pas pour les patients en séjour aux soins intensifs.</p>		
<p>Externe</p>		
09162	Visite principale.	32,60
+----	Supplément de consultation 80,90	
+09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,50
09078	Supplément de durée.	16,05
<p>NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.</p>		
<p><u>AVIS :</u> <i>Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3. Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.</i></p>		
09164	Visite de contrôle.	32,60
09154	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins).	30,00
<p>NOTE : Le supplément pédiatrique peut s'ajouter à la visite principale, à la consultation ou à la visite de contrôle, le cas échéant.</p>		
<p>Salle d'urgence</p>		
09108	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	122,90

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

09147	Visite principale	21,40
09296	Visite principale subséquente, par trimestre	21,40

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

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	94,20
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

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

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

09201	Visite principale	32,60
# ----	Supplément de consultation 80,90	
# 09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	113,50
09088	Supplément de durée	16,05

AVIS : *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.**NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation ou du supplément pédiatrique.*

09202	Visite de contrôle	32,60
09155	Supplément pédiatrique (14 ans ou moins)	30,00

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

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

1.1 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une thérapie psychiatrique dépend de son type et de la durée de la séance.

1.2 On distingue trois types de thérapie psychiatrique : les thérapies individuelle, de groupe et familiale.

Une thérapie de groupe s'adresse à trois malades ou plus; une thérapie familiale comporte la participation d'un ou plusieurs proches du malade.

1.3 On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant cinq minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

RÈGLE 2.**ENTREVUE AVEC UN TIERS**

2.1 Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

2.2 L'honoraire accordé au médecin psychiatre pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.

On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

2.3 On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 3.**INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT**

3.1 Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin psychiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

3.2 On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée. On distingue :

Courte intervention

La courte intervention de suivi est payée au tarif de 1,70 \$ la minute, maximum 22,10 \$.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin psychiatre est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

+ RÈGLE 4.**VISITES ET THÉRAPIES**

4.1 Une visite ne peut être suivie d'une thérapie, le même jour, à l'exception de la thérapie psychiatrique familiale.

RÈGLE 5.**UNITÉS DE TEMPS**

5.1 Au titre de la thérapie psychiatrique, de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Inscrire la durée de la séance dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

RÈGLE 6.**VISITE DE RÉÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**

6.1 La visite de réévaluation psychiatrique est la visite que le médecin psychiatre effectue auprès d'un patient dans le but de réévaluer sa condition psychiatrique.

Le médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de cette visite pour un patient pour lequel il a réclamé le paiement d'une visite principale le même jour, sauf si cette visite principale a été effectuée à la salle d'urgence.

La visite de réévaluation psychiatrique ne peut être facturée en même temps qu'une tournée des malades. Elle peut être facturée, une fois, par patient, par médecin, par jour.

PSYCHIATRIE

Cabinet privé :

08920	Visite principale	113,00
+ ----	Supplément de consultation 62,00	
+08921	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	175,00
08780	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	122,00
+ ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 105,00	
+08935	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	227,00
08781	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	113,00
+ ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 79,00	
+08782	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	192,00
+16104	Visite de réévaluation psychiatrique	86,70

AVIS : Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie

08922	Visite de contrôle	55,00
-------	------------------------------	-------

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

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08837	patients de moins de 12 ans	30,00
08838	patients de 12 ans à moins de 18 ans	30,00
08839	patients de 18 ans à moins de 65 ans	29,00
08840	patients de 65 ans et plus	29,00
08908	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	54,00
08915	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	37,00

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

08833	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	28,00
08924	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	24,00

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

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

Hospitalisation		
08970	Visite principale	101,00
08832	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	101,00
+----	Supplément de consultation 60,00	
+08971	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,00
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 6.3 du Préambule général.</i>		
08783	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	117,00
+----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 93,00	
+08936	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	210,00
08784	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	101,00
08785	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	101,00
+----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 74,00	
+08786	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	175,00
+16105	Visite de réévaluation psychiatrique	46,60
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie; Voir la règle 5.7 du Préambule général</i>		
08905	Visite de transfert	30,00
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 5.6 du Préambule général.</i>		
08972	Visite de contrôle	30,00
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.</i>		

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08841	patients de moins de 12 ans	28,00
08842	patients de 12 ans à moins de 18 ans	28,00
08843	patients de 18 ans à moins de 65 ans	27,00
08844	patients de 65 ans et plus	27,00
08974	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	50,00
08975	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	35,00
	<u>AVIS :</u> <i>Pour facturer les codes d'acte 08974 et 08975, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i>	
08834	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	28,00
08976	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	24,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.</i>	
	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08822	courte intervention, par minute (maximum 22,10\$)	1,70
08823	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	24,00
	<u>AVIS :</u> <i>Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.</i>	
08977	Électroconvulsothérapie (ECT)	75,00
08961	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	41,00
	Forfait de prise en charge du patient aux soins intensifs	
08918	premier jour	98,00
08919	chaque jour subséquent	57,00
	<u>AVIS :</u> <i>- Inscrire la date d'entrée au centre hospitalier; - inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure d'entrée à l'unité des soins intensifs, - de plus, s'il y a réadmission, la date et l'heure de la 1^{re} sortie de l'unité des soins intensifs. Voir la règle 14 du Préambule général, la Règle d'application n° 6 et l'Annexe 29 de la Brochure n° 1.</i>	
	AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :	
	<i>par jour, par patient</i>	
09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent	81,00

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

Externe		
08980	Visite principale.	101,00
+ ----	Supplément de consultation 60,00	
+08981	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,00
08787	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	117,00
+ ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 93,00	
+08937	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation pédopsychiatrique) (patient de 0 à 18 ans)	210,00
08788	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	101,00
+ ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 74,00	
+08789	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	175,00
+16106	Visite de réévaluation psychiatrique.	78,80
<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie		
08982	Visite de contrôle.	50,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 1 de l'Addendum 3 - Psychiatrie.		
Thérapie psychiatrique, par unité de temps		
08845	patients de moins de 12 ans	28,00
08846	patients de 12 ans à moins de 18 ans.	28,00
08847	patients de 18 ans à moins de 65 ans.	27,00
08849	patients de 65 ans et plus	27,00
08984	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	50,00
08985	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	35,00
<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08984 et 08985, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.		
08835	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	28,00
08986	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	24,00
<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.		

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade	
08824	courte intervention, par minute (maximum 22,10\$)	1,70
08825	longue intervention, par unité de temps (1/4 d'heure)	24,00
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.	
08987	Électroconvulsothérapie (ECT)	75,00
	Centre hospitalier de soins de longue durée (et centre d'accueil) :	
	<u>AVIS :</u> Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.	
08940	Visite principale	101,00
08947	Visite principale subséquente, par trimestre	101,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 5.5 du Préambule général.	
+08932	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,00
08790	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	117,00
+08791	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale pédopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	210,00
08792	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus)	101,00
08793	Visite principale gérontopsychiatrique subséquente, par trimestre (patient de 65 ans et plus)	101,00
+08794	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation) (patient de 65 ans et plus)	175,00
+16107	Visite de réévaluation psychiatrique	46,60
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie	
08941	Visite de contrôle	30,00
	Thérapie psychiatrique, par unité de temps	
08850	patients de moins de 12 ans	28,00
08851	patients de 12 ans à moins de 18 ans	28,00
08852	patients de 18 ans à moins de 65 ans	27,00
08853	patients de 65 ans et plus	27,00
08820	Thérapie psychiatrique de groupe, par unité de temps	50,00
08821	Thérapie psychiatrique familiale, par unité de temps	35,00
	<u>AVIS :</u> Pour facturer les codes d'acte 08820 et 08821, voir la section 3.2.4.2. sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.	
08836	Thérapie pédopsychiatrique par l'intermédiaire d'un parent ou d'un proche, par unité de temps	28,00

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

08816	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	24,00
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 2 de l'Addendum 3 - Psychiatrie. Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.	
08826	Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade courte intervention, par minute	1,70
	(maximum 22,10\$)	
08827	longue intervention, par unité de temps (1/4 heure)	24,00
	<u>AVIS :</u> Voir l'Addendum 3 - Psychiatrie, Règle 3.2.	
Domicile :		
08945	Visite principale	36,00
08946	Visite de contrôle	13,00
	<u>AVIS :</u> LOCAL SOUS GESTION DU GOUVERNEMENT (VOIR PAGE B-4) Voir la règle 17 du Préambule général.	
	<i>Pour les visites, utiliser l'un ou l'autre des codes d'acte suivants et indiquer le code de la localité dans la case ÉTABLISSEMENT. Pour les services autres que les visites, utiliser le code d'acte approprié, les honoraires paraissant sous la colonne Établissement et le Modificateur 033.</i>	
08989	Visite principale	101,00
# ----	Supplément de consultation 60,00	
# 08991	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	161,00
08795	Visite principale pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans)	117,00
# ----	Supplément de consultation pédopsychiatrique (patient de 0 à 18 ans) 93,00	
# 08914	Consultation pédopsychiatrique (incluant la visite principale et le supplément de consultation) (patient de 0 à 18 ans)	210,00
08796	Visite principale gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) . . .	101,00
# ----	Supplément de consultation gérontopsychiatrique (patient de 65 ans et plus) 74,00	
# 08797	Consultation gérontopsychiatrique (incluant la visite principale gérontopsychiatrique et le supplément de consultation gérontopsychiatrique) (patient de 65 ans et plus)	175,00
# 16108	Visite de réévaluation psychiatrique	78,80
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 6 de l'Addendum 3 – Psychiatrie	
08990	Visite de contrôle	50,00

Spécialistes

B - TARIFICATION DES VISITES

R = 1

09143	Tournée des malades le week-end, pour un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement) (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	25,70
-------	--	-------

Externe

09162	Visite principale	32,40
09144	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	32,40
----	Supplément de consultation 100,60	
09170	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation).	133,00
09078	Supplément de durée	15,90

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

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

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

09164	Visite de contrôle	19,10
09146	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

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

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

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

AVIS : Voir la règle 5.5 du Préambule général.

09176	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	83,90
09148	Visite de contrôle	11,20

Domicile :

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

Centre hospitalier :

09168	Participation aux cliniques des tumeurs : Évaluation par un radio-oncologue, au vu du dossier, d'un patient dirigé par un médecin pour déterminer un plan de traitement dans le cadre d'une clinique des tumeurs, comportant rapport au dossier hospitalier. Cet honoraire est payé dans le cadre d'une clinique multidisciplinaire à laquelle participent au moins trois médecins d'au moins deux spécialités différentes.	47,00
-------	---	-------

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

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

09201	Visite principale	32,40
09214	Visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	32,40
----	Supplément de consultation 100,60	
09212	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	133,00
09202	Visite de contrôle	19,10
09215	Visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement)	19,10

RHUMATOLOGIE

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

Cabinet privé

00030	Visite principale	57,40
+----	Supplément de consultation 82,60	
+00031	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	140,00
00032	Supplément de durée (1*)	68,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00033	Visite de contrôle	30,00

Centre hospitalier de soins de courte durée :

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

Hospitalisation

00034	Visite principale	52,00
00035	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	52,00
----	Supplément de consultation 41,50	
00036	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	93,50

AVIS : Voir la règle 6.3 du Préambule général.

00037	Supplément de durée (1*)	15,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00038	Visite de transfert	52,00

AVIS : Voir la règle 5.6 du Préambule général.

00039	Visite de contrôle	24,00
00041	Tournée des malades le week-end (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général)	40,00

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

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

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

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

AVEC PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ :
par jour, par patient

09097	premier jour	81,00
09098	chaque jour subséquent	81,00

00024	Visite de départ	84,00
-------	----------------------------	-------

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

Externe

00042	Visite principale	33,00
----	Supplément de consultation 42,00	
00043	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	75,00
00044	Supplément de durée (1*)	25,00

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

00045	Visite de contrôle	22,00
-------	------------------------------	-------

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

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

00046	Visite principale	20,00
00047	Visite principale subséquent, par trimestre (2*)	20,00
00048	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	79,00
00049	Visite de contrôle (3*)	10,50

Domicile :

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

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

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

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

00063	Visite principale.....	33,00
----	Supplément de consultation 42,00	
00064	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation.....	75,00
00065	Supplément de durée (1*).....	25,00
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
00066	Visite de contrôle.....	22,00

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

ADDENDUM 12 – SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Pour le médecin spécialiste en santé communautaire, les honoraires sont établis en fonction des règles prévues au présent addendum.

RÈGLE 1.**ENTREVUE AVEC UN TIERS**

Au titre de l'entrevue avec un tiers, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec une ou plusieurs personnes susceptibles de l'aider dans sa démarche clinique en raison de leur connaissance du malade.

L'honoraire accordé au médecin pour une entrevue avec un tiers, dépend de la durée de la séance.

On calcule cet honoraire comme suit :

- On alloue une unité de temps pour chaque période de quinze minutes que dure une séance.
- On ajoute une unité au temps total de la séance lorsque celle-ci se prolonge pendant huit minutes ou plus.

Aucun honoraire n'est accordé pour une séance dont la durée est moindre que quinze minutes.

On ne peut se prévaloir de la tarification de l'entrevue avec un tiers pour le temps consacré aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin des malades.

RÈGLE 2.**INTERVENTION DE SUIVI EN ÉTABLISSEMENT**

Au titre de l'intervention de suivi, on paie le médecin pour le temps qu'il consacre aux échanges avec un ou plusieurs membres du personnel clinique d'un établissement au sujet du soin d'un même malade.

On entend par le terme « personnel clinique », les médecins ainsi que le personnel infirmier et les autres collaborateurs médicaux.

On paie l'intervention de suivi en fonction de sa durée.

Longue intervention

Pour une intervention de suivi dont la durée est de 15 minutes ou plus, le médecin est payé suivant le mode de l'unité de temps.

On établit alors les honoraires de la même façon que pour l'entrevue avec un tiers.

RÈGLE 3**VISITE DE SUIVI ONCOLOGIQUE**

La visite de suivi oncologique en santé communautaire est la visite que le médecin spécialiste en santé communautaire effectue auprès d'un patient hospitalisé, en externe ou en CHSLD avec un diagnostic de cancer, une fois la visite initiale effectuée.

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

Elle remplace la visite de contrôle et peut être facturée une fois, par jour, par médecin, par patient.

RÈGLE 4.

UNITÉS DE TEMPS

Au titre de l'entrevue avec un tiers ou de l'intervention de suivi en établissement :

- On ne peut facturer qu'une seule unité de temps pour une même période de quinze minutes.
- Celui qui facture une ou plusieurs unités de temps, indique la durée de la séance.

AVIS : *Inscrire la durée de la séance dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

09127	Visite principale	60,00
----	Supplément de consultation 50,00	
09165	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	110,00
09137	Supplément de durée (1*)	32,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	
09129	Visite de contrôle	25,00

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

09150	Visite principale	88,20
09060	Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée, par trimestre	88,20
16112	patient de 85 ans ou plus, supplément	51,00
----	Supplément de consultation 46,30	
09160	Consultation (incluant la visite principale et le supplément de consultation)	134,50
16113	patient de 85 ans ou plus, supplément	51,00

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

09080	Supplément de durée (1*)	32,50
	NOTE : Le supplément de durée n'est pas payé en sus du supplément de consultation.	

09094	Visite de transfert	65,00
-------	-------------------------------	-------

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

16114	Visite de suivi oncologique	40,00
-------	---------------------------------------	-------

AVIS : *Voir la règle 3 de ADDENDUM 12 – SANTÉ COMMUNAUTAIRE*

09152	Visite de contrôle	30,00
-------	------------------------------	-------

16115	Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade), par unité de temps	20,00
-------	---	-------

AVIS : *Voir les règles 2 et 4 de ADDENDUM 12 – SANTÉ COMMUNAUTAIRE
- Inscrire dans la case appropriée le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de l'entrevue et non celui du tiers.***AVIS :** (1*) *Voir l'Addendum 1 - Médecine, page B-3.
Fournir des notes explicatives et indiquer la durée de la visite.*

		R = 1
09246	Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier première demi-heure	60,00
	par quart d'heure additionnel	60,00
<p><u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 9.3 du Préambule général. Inscrire dans la case UNITÉS le total des unités, correspondant au temps parcouru pour l'aller seulement, selon les instructions qui figurent sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement à la section 3.2.6.</i></p> <p><i>Inscrire le code de l'établissement de départ dans la case ÉTABLISSEMENT et le code de l'établissement d'arrivée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et, s'il y a lieu, le nom de l'aéroport ou de tout autre gare d'embarquement.</i></p>		
08925	Thérapie de communication Voir règle 7 du Préambule général	36,00
<p><u>AVIS :</u> <i>Voir la règle d'application n° 2.</i></p>		

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

Au cabinet :		
00092	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	333,00
00091	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	143,00
Dans un établissement :		
00090	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel, constat médico-légal et complètement du formulaire	274,00
00089	examen médical d'un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel et complètement du formulaire	119,00
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	42,00

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

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

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

Cet examen est constitué des éléments suivants :

- 1) Un questionnaire portant sur :
 - a) les antécédents familiaux du patient;
 - b) les antécédents personnels du patient;
 - c) la problématique présentée par le patient;
 - d) une prise de connaissance de la situation socio-économique;
 - e) une revue de la médication et des habitudes de vie;
 - f) le fonctionnement des ensembles ou systèmes suivants :
 - nez, gorge, oreilles
 - yeux
 - système digestif
 - système 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	119,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS	32,50

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

	Au cabinet :	
09070	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport.	143,00
	Dans un établissement :	
09071	prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport.	119,00
	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)	42,00
	<u>AVIS :</u> <i>Fournir les notes explicatives dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Inscrire le nombre de demi-heure dans la case UNITÉS.</i>	
09077	Temps de la vacation à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, autre qu'à titre d'expert, par heure.	108,00
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire les honoraires au prorata du temps de la vacation effectué à la Cour du Québec; Fournir les informations suivantes dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : - l'heure du début et de fin de la période de vacation; - la durée totale.</i>	

+	LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (LETTRE D'ENTENTE N° 172)	
	98000 Évaluation- garde préventive	150,00
	98001 Évaluation psychiatrique – garde provisoire	200,00
	98002 Évaluation psychiatrique – prolongation d'une gardes	200,00
	98003 Évaluation psychiatrique – ordonnance traitement /hébergement	900,00
	98004 Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance	150,00
	98005 Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé	250,00
	98006 Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle	750,00
	98007 Évaluation psychiatrique – commission d'examen	500,00
	98008 Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales.	500,00
	98009 Évaluation psychiatrique – demandée par la curatelle publique	500,00
	98010 Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents	500,00
	98011 Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse	500,00
	# 98012 <i>Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure.</i>	142,86
#	<u>AVIS :</u> <i>Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif suite à un rapport d'évaluation psychiatrique, comptabiliser le temps en demi-heure (142,86\$) et utiliser le code d'acte 98012. Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire:</i>	
	<i>- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;</i>	
	<i>- pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu du tribunal dans la case ÉTABLISSEMENT;</i>	
	<i>- pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la case ÉTABLISSEMENT et inscrire le code de localité du lieu où il a effectué son témoignage dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;</i>	
	<i>- le code d'acte 98012 dans la case ACTES;</i>	
	<i>- le nombre de demi-heure(s) dans la case UNITÉS;</i>	
	<i>- les honoraires correspondant et reporter dans la case TOTAL;</i>	
	<i>Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.</i>	
#	<u>AVIS :</u> <i>Conserver pour une période de 36 mois l'ordonnance du tribunal ordonnant une évaluation de l'état mental ou une prolongation d'évaluation ou une copie du subpoena assignant le médecin à comparaître selon le cas, pour fins de références ultérieures.</i>	

**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'édicté 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. 22,00

2. Information médicale complémentaire verbale

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

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

09801 pour l'information fournie 22,00

**SERVICES PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA LOI
SUR LE CURATEUR PUBLIC**

09825 Complètement du « Rapport du directeur général - évaluation médicale » ou son équivalent 27,00

09826 Complètement du « Rapport de réévaluation médicale » ou son équivalent. 27,00

**ANNEXE 30
ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES
HOSPITALIERS PSYCHIATRIQUES EN RÉADAPTATION
LOURDE**

1. Patient hospitalisé

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

09084	Évaluation hebdomadaire L'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires, sauf le P.I.I., avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport du dossier	78,10
09085	Plan d'intervention individualisée (P.I.I.) Planifications, rencontres interdisciplinaires, rencontres avec le malade, la famille, le cas échéant, et rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) comprenant : - La description de la déficience, de l'incapacité et du handicap - Le plan de traitement par objectif, avec échéancier	195,50

2. Clinique externe

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

09086	Évaluation médico-handicap Anamnèse, examen physique, discussions interdisciplinaires, rencontres de la personne-ressource accompagnante et rédaction d'un rapport qui comprend : - la description de la déficience, de l'incapacité, et du handicap - le plan de traitement de réadaptation	97,70
-------	---	-------

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

1. ATTESTATION MÉDICALE

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

+09926 rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission 19,00

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

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

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

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

+09927 rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission 19,00

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'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

+09928 rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission. 13,50

4. RAPPORT FINAL

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

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

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

- 1°** l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 2°** l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
- 3°** l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,

Le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport final.

+09930 rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission. 21,50

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'édicté par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

+09929 rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission 75,00

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 95,00

B) Considération en raison de la complexité :

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

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

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

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

+09908 pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin. 95,00

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

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

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

+09909 rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé. 115,00

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

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

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

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

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

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

+09944	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	330,00
09901	supplément en neurologie et neurochirurgie, dans le cas de pathologies cérébrales organiques, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	75,00
09984	supplément pour la psychiatrie	150,00

B) Médecin désigné

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

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

	1° évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie	
+09978	examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	545,00
09902	supplément en neurologie et neurochirurgie, dans le cas de pathologies cérébrales organiques, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	75,00
09985	supplément pour la psychiatrie	150,00

	2° évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie	
+09946	examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans délai à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit	560,00
09980	supplément en neurologie et neurochirurgie, dans le cas de pathologies cérébrales organiques, ou supplément en toxicologie pour les médecins désignés par les parties à l'Entente.	75,00
09986	supplément pour la psychiatrie	150,00
	C) Considération en raison de la complexité	
	Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.	
09947	.....	55,00
09948	.....	100,00
09949	.....	155,00
+	D) Considération spéciale pour l'expertise d'une personne victime d'une lésion psychiatrique très complexe	
+	Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin désigné qui procède à une évaluation psychiatrique très complexe.	
+09950	supplément pour la psychiatrie	215,00
	11. COMITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES	
	A) Rapport écrit d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires	
	Il s'agit d'un rapport écrit, produit dans les 20 jours de l'examen du travailleur victime d'une lésion professionnelle ou de l'étude du dossier dans le cas d'un travailleur décédé, concernant la condition pulmonaire de ce travailleur. Les membres du comité posent un diagnostic, établissent la relation et, si le diagnostic est positif, font état de leurs constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation, le tout tel qu'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	295,00

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

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

B) Comité spécial des présidents

Il s'agit d'un avis écrit motivé infirmant ou confirmant le diagnostic et les autres constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires qui doit être transmis à la Commission dans les vingt (20) jours de la date où la Commission lui a soumis le dossier, le tout tel qu'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	80,00
+09979	b) pour tout nouveau dossier	135,00

C) Considération en raison de la complexité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

09938	avis donné au vu du dossier, sauf le médecin psychiatre	310,00
+09917	avis donné au vu du dossier, par le médecin psychiatre	560,00
+09939	avis donné après examen du travailleur, sauf le médecin psychiatre	500,00
+09918	avis donné après examen du travailleur, par le médecin psychiatre	725,00
09977	supplément lorsque effectué en cabinet.	100,00

AVIS : *Ce supplément ne s'applique pas lorsque l'examen est effectué dans les bureaux du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Pour être payable l'examen doit avoir été fait au cabinet privé du médecin.*

B) Dossier complexe

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

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

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

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

+09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun, sauf le médecin psychiatre	565,00
+09906	le médecin psychiatre qui pratique à la préparation de l'avis commun	750,00
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de	75,00

C) Considération en raison de la complexité

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

09981	.....	160,00
09982	.....	210,00

14. INDEMNITÉ

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

15. AUDIOLOGIE

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

09919 supplément pour la production des tests audiologiques 75,00

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

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

+09970 rédaction, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite 60,00

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

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

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

- 1° le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
- 2° ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
- 3° ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

R = 1

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 qui respecte l'article 179 de la Loi	50,00
-------	---	-------

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

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

+09942	étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin	210,00
--------	--	--------

B) Considération en raison de la complexité

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

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

19. RAPPORT DE PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE

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

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

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

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

20. AVIS MOTIVÉ

Il s'agit d'un rapport médical par lequel le médecin qui a charge du travailleur analyse les résultats au point de vue fonctionnel des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dont son patient a bénéficié, afin de motiver si ceux-ci doivent cesser, se poursuivre au-delà de trente (30) traitements ou pendant plus de huit (8) semaines, selon la première échéance rencontrée, ou si, dans certains cas, un autre genre de traitement doit débiter.

L'avis motivé n'est complété qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle.

L'intervenant de la santé du travailleur fournira à son client le formulaire à faire remplir par le médecin qui a charge avant l'arrivée de la première des échéances ci-dessus décrites :

Le médecin complète les trois éléments suivants du formulaire :

- 1^o Appréciation du bilan fonctionnel. Le médecin rapporte les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction (et non les symptômes résiduels);
- 2^o Recommandation du médecin qui a charge concernant les traitements de physiothérapie (section « A ») et d'ergothérapie (section « B ») ; lorsque les traitements sont en cours, le médecin indique s'il juge pertinent de les poursuivre. Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, il indique s'il prévoit que ce sera éventuellement nécessaire et, dans l'affirmative, dans combien de temps environ. À la section « C », le médecin indique les raisons qui motivent la poursuite des traitements lorsqu'il la recommande. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles recherchées en lien avec les constatations rapportées en « 1 ». Ces objectifs doivent témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non des symptômes résiduels.
- 3^o Date prévue de la prochaine visite médicale.

Lorsque l'avis motivé est complété et signé, le médecin l'expédie sans délai à l'intervenant de la santé qui dispense les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie à son patient, par le moyen de son choix ou celui convenu avec cet intervenant.

09900	Pour la rédaction complète et l'expédition du formulaire d'avis motivé prescrit par la Commission à l'intervenant de la santé qui prodigue les traitements au travailleur, avant la première des deux échéances suivantes : huit (8) semaines de la prise en charge par l'intervenant de la santé ou trente (30) traitements.	110,00
-------	---	--------

+	21. RAPPORT DE CONSULTATION EN SPÉCIALITÉ	
	Il s'agit du rapport faisant suite à une demande de consultation en spécialité sur une base externe requise par le médecin qui a charge d'un travailleur ayant subi une lésion professionnelle. Cette consultation porte sur le diagnostic ou le traitement de ce type de lésion et le médecin spécialiste ajoute au rapport les facteurs de risque biopsychosociaux pouvant faire obstacle au retour au travail prompt, sécuritaire et durable eu égard à la nature de la lésion elle-même.	
+09951	Pour la rédaction du rapport de consultation et sa transmission à la Commission avec la demande de consultation, dans les 140 jours de la survenance de la lésion (date d'événement).	50,00
+	22. 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 du règlement concerné.	
+ À venir	Rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel.	110,00
#	<u>AVIS :</u> <i>Ce nouveau service médico-administratif entrera en vigueur à la date fixée par la Gazette officielle puisque ce service requiert une modification au Règlement sur la santé et sécurité au travail. Nous vous informerons du nouveau code d'acte dans une prochaine infolettre.</i>	
+	23. RAPPORT DE SUIVI D'UNE LÉSION MUSCULO-SQUELETTIQUE (AUTRE QU'UNE LOMBALGIE)	
	Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle musculo-squelettique autre qu'une lombalgie. Celles-ci comprennent notamment :	
	- la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lésion musculo-squelettique ;	
	- l'évaluation avec le travailleur de l'impact de sa lésion sur les activités que celui-ci peut accomplir et, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités pour lui de retourner au travail, même à des tâches modifiées, eu égard à sa condition;	
	- la prise du prochain rendez-vous fixé avec le travailleur, pour la réévaluation de sa condition.	

		R = 1
+09955	Pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'évaluation des impacts de la lésion avec le travailleur, la fixation du rendez-vous suivant et la transmission sans délai de la fiche à la Commission	50,00
#	<u>AVIS</u> : <i>Pour facturer le rapport de suivi, le médecin doit préalablement avoir rencontré le travailleur et facturé l'un des codes suivants : 09926, 09927 ou 09928.</i>	

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES				
La rémunération pour l'anesthésie locale reliée à un acte diagnostique et thérapeutique est incluse dans celle de l'acte.				
<u>AVIS :</u> <i>Lorsqu'un acte porte la mention « unique » ou « multiple », « un ou plusieurs », « unilatéral ou bilatéral », ne rien inscrire dans la case UNITÉS.</i>				
<i>Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>				
Allergie				
00100	Cure d'hyposensibilisation (excluant le coût du produit injecté) une seule ou plusieurs injections dans la même séance	3,00	4,00	
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle d'application n° 1.</i>				
20500	Cuti-réaction par scarification, intradermo-réaction ou les deux, par jour : tests cutanés aux inhalants.	21,00	26,25	
20501	tests cutanés aux aliments (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie).	21,00	26,25	
20502	Scarification ou intradermoréaction tests cutanés au venin d'insectes, par jour (réservé aux spécialistes en allergie et immunologie).	50,00	60,00	
20503	tests cutanés aux médicaments, par jour. . .	40,00	50,00	
00107	Transfert passif.	31,50	37,80	
00106	Cytogramme nasal incluant le prélèvement, la technique et l'interprétation (réservé aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie)	5,00		
Test par application (patch test) :				
00162	10 tests et moins	8,80	13,20	
00163	plus de 10 tests	17,60	44,00	
00152	Perfusion intraveineuse de gamma globuline, incluant la surveillance.	50,00		

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00112	Test de provocation nasale aux allergènes (comprenant 3 études rhinomanométriques) incluant surveillance	96,00	96,00	
00836	Test de provocation bronchique spécifique incluant les visites, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	150,00		
20504	Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour	162,00		
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	162,00		
00334	Désensibilisation aux médicaments, incluant tous les soins sauf la visite principale rendue le même jour, par jour	350,00		
00815	Test de provocation bronchique non spécifique (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation	40,00		
00161	Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une ou plusieurs injections par séance	9,50	11,60	
00781	Dosages d'IgE spécifiques Interprétation d'un ou de plusieurs tests pour un patient que le médecin a vu, par patient, par jour (pour spécialiste en allergie seulement)	21,00	21,00	
Analyses de laboratoire				
00127	Examen microscopique du sédiment urinaire et interprétation (cet acte n'est payable qu'aux néphrologues)	3,40	4,20	
00118	Hémoglobine (méthode quantitative par spectrophotométrie) NOTE : Doit inclure le rapport au dossier du patient.		1,90	

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Angiologie			
La présente section s'applique aux médecins spécialistes qui effectuent en établissement les techniques de mise en place, par voie percutanée ou par dissection d'un vaisseau, d'un instrument (v.g. trocart, aiguille, cathéter) et d'injection d'une substance radio-opaque. La rémunération inclut l'introduction de l'instrument, sa mise en place, la dissection veineuse s'il y a lieu, l'injection de la substance radio-opaque (peu importe le nombre d'injections) y compris l'utilisation d'un injecteur automatique et les soins pré et post-injections reliés spécifiquement à la technique. Lorsque l'angiographie est effectuée en vue de l'étude d'un ou plusieurs pontages artériels (sauf les pontages aorto-coronaires ou mammaro-coronaires) ou de fistules artérioveineuses, la prestation prévue pour l'angiographie effectuée est majorée de 25%. (MOD=016)			
Angiographie veineuse :			
par aiguille ou trocart (introduction d'un cathéter s'il y a lieu)			
veine périphérique (d'un membre distal à la première côte ou à l'anneau inguinal)			
00129			
	bénéficiaire de 2 ans ou plus	22,00	4
00233			
	bénéficiaire de moins de 2 ans	35,00	6
veine thoracique ou abdominale			
00133			
	bénéficiaire de 2 ans ou plus	41,00	4
00886			
	bénéficiaire de moins de 2 ans	61,00	4
par dissection veineuse :			
veine cave supérieure ou inférieure			
00135			
	bénéficiaire de 2 ans ou plus	57,80	4
00888			
	bénéficiaire de moins de 2 ans	85,80	4
sélective (v.g. veine rénale, surrénale, hépatique, jugulaire) une veine			
00141			
	bénéficiaire de 2 ans ou plus	75,00	4

	(maximum de 187,50\$)		
00621			
	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50	4

	(maximum de 281,25\$)		

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

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Angiographie artérielle :			
	par aiguille ou trocart (introduction d'un cathé- ter 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	27,30		4
00408	bénéficiaire de moins de 2 ans	41,00		4
	artère sous-clavière			
00139	bénéficiaire de 2 ans ou plus	67,00		5
00619	bénéficiaire de moins de 2 ans	96,00		6
	artère carotide ou vertébrale			
00143	bénéficiaire de 2 ans ou plus	68,30		6
00409	bénéficiaire de moins de 2 ans	97,50		5
	artère thoracique ou abdominale			
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)			
00130	bénéficiaire de 2 ans ou plus	55,00		4
00883	bénéficiaire de moins de 2 ans	82,00		6
	aortographie translobaire			
00131	bénéficiaire de 2 ans ou plus	72,00		5
00884	bénéficiaire de moins de 2 ans	108,00		5
	par dissection artérielle :			
	aortographie non sélective (y compris l'aorte ascendante)			
00132	bénéficiaire de 2 ans ou plus	79,00		5
00885	bénéficiaire de moins de 2 ans	112,50		5
	artériographie sélective d'une branche de l'aorte autre que les coronaires (v.g. artère rénale, coeliaque, mésentérique, bronchi- que)			
00134	ajouter à l'aortographie non sélective bénéficiaire de 2 ans ou plus	25,00		
----	(maximum de 100,00 \$)			
00887	bénéficiaire de moins de 2 ans	36,00		
----	(maximum de 144,00\$)			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre total de services dans la case UNITES.			
	Coronarographie			
00294	bénéficiaire de 2 ans ou plus	166,00		5
+00488	bénéficiaire de moins de 2 ans	240,00		5

Spécialistes C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Angiocardiographie :			
	non sélective (par voie veineuse)			
00126	bénéficiaire de 2 ans ou plus	38,20		5
+00219	bénéficiaire de moins de 2 ans	53,00		6
	sélective d'une cavité cardiaque ou de l'artère pulmonaire			
00102	bénéficiaire de 2 ans ou plus	89,00		5
----	(maximum de 178,00 \$)			
+00191	bénéficiaire de moins de 2 ans	133,00		6
+----	(maximum de 266,00 \$)			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre total de services dans la case UNITES.			
20506	Greffographie d'un ou plusieurs pontages aorto-coronaires et/ou mammaire-coronaires avec ou sans coronarographie	320,00		5
	Aphérèse			
	Erythrocytaphérèse			
00439	bénéficiaire de moins de 14 ans	150,00		
00440	bénéficiaire de 14 ans ou plus	125,00		
	Leucaphérèse			
00434	bénéficiaire de moins de 14 ans	150,00		
00433	bénéficiaire de 14 ans ou plus	125,00		
00406	Plaquetaphérèse	125,00		
	Aspiration			
00149	Aspiration de l'estomac ou de l'oesophage pour examen cytologique (la rémunération inclut le lavage, l'aspiration et la préparation de matériel)	9,75	9,75	
00148	Aspiration duodénale ou intestinale pour étude du contenu, incluant l'intubation, (sauf mention contraire au tarif)	15,00	15,00	
00153	Aspiration ou ponction d'un kyste de la paro- tide	17,20	18,00	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	15,30	17,40	
	tonale et vocale			
00156	interprétation	4,90	4,90	
00747	interprétation et technique de procédé	25,60	34,30	

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00164	Mesure des émissions oto-acoustiques, interprétation.	2,90		
00795	Cochlée : mise en place d'électrodes trans-tympaniques sous microscopie, enregistrement et interprétation des données, unilatéral	107,20		6
00779	Évaluation auditive avec médicaments (glycérol)	4,80	18,10	
00796	Impédancemétrie, incluant la recherche des réflexes stapédiens (appareil non automatique), unilatérale ou bilatérale		8,40	
	Biopsie (unique ou multiple) Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.			
00165	anus (PG-28)	17,00	20,00	5
00166	aponévrose	41,00	47,30	4
20021	artère temporale	112,50	112,50	5
00167	bouche	25,90	27,30	4
00168	bourse profonde	54,60	54,60	4
00169	bourse superficielle	24,00	24,00	4
00782	par brossage bronchique (une ou plusieurs bronches) sans usage de bronchoscope ou laryngoscope, incluant l'intubation, l'anesthésie locale et la fluoroscopie.	35,50		
00173	conduit auditif externe	25,20	26,40	4
---	conjonctive	(Voir oeil)		
00179	estomac (perorale)	17,00	17,00	4
00181	foie (à l'aiguille, percutanée) (PG-28)	55,00	55,00	5
00183	gaine tendineuse	39,00	45,00	4
00184	ganglion (cervical, axillaire ou inguinal) (PG 28)	43,80	43,80	5
00175	de la synoviale du genou ou de l'épaule, à l'aiguille sans autre intervention chirurgicale sur le genou ou sur l'épaule, à la même séance opératoire	112,50	112,50	6
00185	gencives	23,50	24,30	4
00187	glandes salivaires	30,80	32,90	5
09480	greffon rénal, (à l'aiguille)	50,00		4
00190	intestin grêle (perorale)	45,00	45,00	
00192	langue	25,90	27,30	4
----	larynx	(Voir laryngoscopie)		
00194	lèvre	23,50	24,30	4
00195	ligament	36,80	43,10	4
00308	masse cervicale (à l'aiguille) (PG-28)	30,00	30,00	5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
CARDIOLOGIE				
	Études et épreuves cardiologiques			
	Électrocardiogramme :			
	au bureau :			
00340	interprétation		2,00	
00341	technique et interprétation		6,00	
00342	technique et interprétation avec épreuve d'effort (inclut l'E.C.G. au repos)		4,20	
00344	à domicile 19,00			
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)			
			51,50	
00309	Épreuve d'effort submaximal ou maximal (surveillance du malade, technique et inter- prétation des tracés y compris le tracé au repos)			
		41,50		
00329	Épreuve d'effort avec mesure de la consom- mation maximale d'oxygène (ne peut être facturé avec le code 00309 le même jour chez le même patient)			
		85,00		
00350	Électrocardiogramme dynamique (Holter de 24 heures) visualisation et interprétation . . .			
		34,00	43,00	
	NOTE : Ne peut être facturé pour des patients sous télémétrie ou monito- ring central.			
00351	Mesures de la pression artérielle systolique durant l'inspiration profonde, la position cou- chée ou debout et durant la manoeuvre de Valsalva, par un moniteur digital, en prati- quant l'électrocardiogramme. Analyse par ordinateur			
		55,40		
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardio- graphique avec programmation d'un stimu- lateur cardiaque unifocal, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)			
00685	bénéficiaire de 2 ans ou plus	20,00	20,00	
+00690	bénéficiaire de moins de 2 ans	27,00	27,00	

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Vérification des seuils de sensibilité et d'entraînement sous contrôle électrocardiographique avec programmation d'un stimulateur cardiaque bifocal, le cas échéant (maximum deux par année civile pour le même patient sauf si effectuée chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence)			
00693	bénéficiaire de 2 ans ou plus	63,00	63,00	
+00705	bénéficiaire de moins de 2 ans	90,00	90,00	
00313	Programmation ou vérification d'un défibrillateur interne sous contrôle électrocardiographique (maximum six (6) programmations ou vérifications par année civile, sauf si effectuées chez des patients hospitalisés, des patients à l'unité coronarienne ou à la salle d'urgence).	75,00	75,00	5
20517	Si resynchronisation, supplément	10,00	10,00	
	NOTE : L'acte codé 20517 peut être facturé en supplément des actes codés 00313, 00685, 00690, 00693 ou 00705.			
00843	Épreuve à l'ergonovine incluant la surveillance immédiate et l'interprétation des modifications électrocardiographiques	63,00		
20518	Épreuve pharmacologique percutané pour évaluation des cas d'hypertension pulmonaire	75,00		
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	75,00		
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	63,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00780	Surveillance pour réadaptation de patients cardiaques (en milieu hospitalier ou en gymnase), effectuée par un médecin spécialiste en cardiologie ou en médecine interne, incluant la visite. 9,50\$ par heure, par patient, maximum 15 patients			
	AVIS : - <i>Inscrire dans la case UNITÉS le nombre de personnes traitées au cours de cette session.</i> - <i>Voir la section 3.2.4.2 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</i> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la session dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
00125	Monitoring continu de la pression artérielle, par technique non-invasive, par période de 24 heures, interprétation	12,00	12,00	
	NOTE : Ne peut pas être facturé pour des patients hospitalisés. Ne peut pas 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.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
--	-----------------------------	------------------	---------------------------

Les services médicaux de la section *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, y compris l'angiologie, sont rémunérés à 125% du tarif prévu lorsqu'ils sont effectués chez un bénéficiaire de moins de 2 ans.

AVIS : - Pour la facturation des codes d'acte 00300 et 00310, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES ou sur un Document complémentaire, les codes d'acte se rapportant aux études hémodynamiques effectuées.

- Lorsque le maximum payable n'est pas atteint, facturer les codes d'acte pour chaque étude effectuée. Selon les services demandés, le modificateur 050 ou 060 s'applique pour le calcul du maximum payable.

Les interventions cardiologiques et électrophysiologiques de 3 heures ou plus donnent droit à un supplément

AVIS : *Inscrire l'heure de début et de fin des actes hémodynamiques et électrophysiologiques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES lorsque le ou les codes d'acte 09410 et 09434 sont réclamés.*

09410	pour une période de 3 heures, supplément . .	110,00
09434	par période additionnelle complète de 15 minutes (maximum 3), supplément	75,00

AVIS : *Indiquer le nombre de quarts d'heure réclamés dans la case UNITÉS.*

09435 Les actes hémodynamiques qui incluent la mesure de la réserve coronarienne donnent droit à un supplément de 125,00 \$ par jour

00300 Un maximum de 500,00 \$ est payable pour l'ensemble des services médicaux de la section *Cathétérisme cardiaque et études hémodynamiques*, y compris l'angiologie, faits durant la même séance pour un bénéficiaire âgé de 2 ans ou plus.

NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
+00310	Les actes hémodynamiques effectués chez un bénéficiaire en bas de 2 ans sont rémunérés à 125 % du tarif prévu jusqu'à un maximum de 638,00 \$. NOTE : Ce montant maximum n'inclut pas le supplément de durée ci-dessus, le cas échéant.			
00617	Cathétérisme aortique (PG-23) (PG-28) NOTE : L'acte codé 00617 ne peut pas être facturé avec l'acte codé 00648 le même jour, pour le même patient.	55,00		4
00639	Cathétérisme cardiaque droit et/ou artère pulmonaire (PG-23) (PG-28)	150,00		4
00648	Cathétérisme cardiaque gauche avec ou sans cathétérisme aortique rétrograde (PG-23) (PG-28)	137,00		4
09492	voie d'approche transseptale, supplément	250,00		1
09493	voie d'approche transventriculaire, supplément	250,00		1
00530	Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire A8-1 (PG-23) (PG-28)	140,00		4
00565	Courbe de dilution par pièce auriculaire peu importe le nombre de courbes (PG-23)	26,00		
00575	Biopsie endomyocardique unique ou multiple (PG-23)	225,00		5
00301	Cathétérisme de la veine ombilicale, incluant le prélèvement	48,90		4
00307	Cathétérisme de l'artère ombilicale. mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement, incluant la dissection	105,40		4
	Interventions cardiologiques L'angioplastie coronarienne percutanée par cathéter comprend la documentation angiographique de vérification, la mesure de pression avant, pendant et après, et le cathétérisme cardiaque fait durant la même séance.			
00631	temps angioradiologique (1*)	210,00		
00632	temps angioplastique	450,00		8
00662	temps angioradiologique et angioplastique (1*)	550,00		8
09302	dilatation de chacune des artères additionnelles	130,00		

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n^o 19.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00114	revascularisation transmyocardique au laser par voie transluminale percutanée : comprend l'insertion des cathéters, la création de micro-canaux intramyocardiques guidée par fluoroscopie, la cartographie cardiaque et l'analyse des tracés myocardiques endocavitaires, la coronarographie, l'angiocardiographie sélective d'une cavité cardiaque et le cathétérisme cardiaque fait durant le même jour.	499,00		8
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé le même jour avec les codes d'acte 00294, 00300, 00631, 00632 et 00662.			
20520	si athérectomie, supplément.	250,00		
20521	si tuteur(s) intravasculaire(s), supplément . . .	175,00		
20522	si thromboaspiration intravasculaire, supplément.	175,00		
20523	si mise en place d'un système de protection embolique endovasculaire, supplément	175,00		
20524	si extraction de corps étranger(s), supplément	300,00		
20525	si embolisation septale appliquée aux cardiomyopathies hypertrophiques, supplément. . .	350,00		
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).	800,00		8
09361	dilatation d'une sténose à un site différent, supplément.	110,00		
20526	Correction ou oblitération percutanée d'une incompetence 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	800,00		8
20527	Remplacement valvulaire percutané 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.	1 500,00		18

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
--	-----------------------------	------------------	---------------------------

ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

1. La présente section s'applique au médecin spécialiste qui est détenteur d'un certificat en électroencéphalographie, décerné par la Corporation professionnelle des médecins du Québec au 27 février 1994, ou reconnu par elle aux fins de l'exercice.

2. La rémunération pour toute technique électroencéphalo-graphique comprend l'enregistrement, l'ensemble des actes diagnostiques ou chirurgicaux qui font partie intégrante de la technique le cas échéant, l'interprétation des données, la rédaction d'un rapport, sa communication et son incorporation au dossier du malade.

3. Lorsque des études complémentaires sont effectuées au cours d'une même séance, la rémunération applicable est limitée à celle de l'étude complémentaire la mieux rémunérée.

4. L'électroencéphalogramme de base est obtenu à partir d'un appareil à 8 canaux et un tracé enregistré avec un minimum de 17 électrodes comprenant 5 à 8 montages différents, ou à partir d'un appareil à 16 canaux avec 4 à 6 montages différents et, dans l'un ou l'autre des cas, 1 ou 2 activations par hyperventilation et stimulation intermittente.

00347	Électroencéphalogramme de base (1*) Études complémentaires à l'électroencéphalogramme de base : À l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter :	50,10
00735	Étude avec électrodes pharyngées	3,50
00752	Électroencéphalogramme de sommeil (1*) .	32,00

AVIS : (1*) Voir sous l'onglet Règles d'application le plafonnement d'activités PA 3.

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
20535	Électroencéphalogramme dynamique avec enregistrement continu sur le scalp, visualisation et interprétation (enregistrement minimal de 3 heures)			
20536	première heure		65,00	
	chaque heure subséquente		30,00	
	AVIS : - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de l'enregistrement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
	- <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'heures subséquentes dans la case UNITÉS.</i>			
00889	Corticographie			
	un médecin	319,60		
	deux médecins			
00890	neurochirurgien	150,00		
00891	neurologue ou électroencéphalographiste agréé	150,00		
00787	Enregistrement électrophysiologique et/ou stimulation cérébrale au moyen de micro-électrodes	150,00		
00788	Monitoring électrophysiologique lors d'une rhizotomie dorsale sélective	319,60		
	NOTE : Cet acte est aussi payable à un médecin spécialiste en neurologie.			
00794	Ajustement des paramètres du stimulateur du nerf vague incluant la visite	111,90		
+20537	Ajustement initial du stimulateur intracérébral dans la maladie de Parkinson, la dystonie ou tremblement essentiel après implantation d'une électrode cérébrale profonde	300,00		
+20538	Ajustement subséquent du stimulateur intracérébral	150,00		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Gastro-entérologie				
Malgré la Règle 8 du Préambule général, si une endoscopie haute et une endoscopie basse sont effectuées à la même séance, celle qui comporte l'honoraire le moins élevé est payable à 90 %.				
AVIS : Utiliser le modificateur 068.				
Endoscopie gastro-entérologique :				
	Oesophagoscopie ou gastroscopie ou duodéno- scopie ou les trois :			
00691	Diagnostique (PG-23) (PG-28)	52,50	52,50	4
00874	avec dilatation (sténose par bougirage ou fil guide) ou extraction de corps étrangers ou exérèse d'un ou plusieurs polypes ou fulguration de la muqueuse, et injections de substances sclérosantes pour contrôle d'hémorragie ou ligature varicielle endos- copique ou coagulation de lésion hémor- ragique ou de lésion vasculaire, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	36,80	36,80	1
00862	avec biopsie et/ou cytologie par brossage, unique ou multiple, supplément (PG-23) . .	15,80	15,80	1
00303	avec coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou villeuse, une ou plusieurs, supplément . . .	105,00	105,00	2
00390	avec gastrostomie percutanée, approche transendoscopique, temps endoscopi- que, supplément (PG-28).	36,80		1
00391	temps chirurgical effectué par un autre médecin spécialiste	52,50		
00304	avec mise en place d'un tube d'alimenta- tion entérale, supplément.	15,80		
00548	mise en place d'une prothèse endo-oeso- phagienne, supplément	52,50		2
09376	Étude de la déglutition par vidéoendoscopie flexible avec utilisation de produit colorant .	61,90		
20040	Oesophagoscopie rigide incluant la biopsie, le cas échéant (PG-23)	125,00		5
00877	exérèse de corps étranger par oesopha- goscopie rigide, supplément (PG-23)	96,00		
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 00874.			

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
09374	Cholédochoscopie trans fistule cutanée avec ou sans extraction de calculs	120,80		4
00692	Duodénoscopie avec canulation des voies pancréatico-biliaires incluant, le cas échéant, l'oesophago-gastrosopie	136,50	136,50	6
00346	avec manométrie pancréatico-biliaire, supplément	74,40		
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	210,00		5
00364	mise en place de drain nasobiliaire ou prothèses, supplément	73,50		1
	NOTE : La coloscopie inclut la rectosigmoidoscopie.			
	Coloscopie avec coloscope long (plus de 70 cm) :			
00697	coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie (PG-28)	160,00	160,00	4
+ 20030	si biopsie(s) de l'iléon par iléoscopie, supplément	25,00	25,00	
00700	coloscopie du côlon transverse incluant l'endoscopie (PG-28)	89,30	89,30	4
00703	coloscopie du côlon descendant (PG-28)	57,80	57,80	4
20039	Coloscopie et intubation caecale pour confirmation diagnostique, suite à un examen de dépistage positif par recherche de sang occulte dans les selles	160,00	160,00	4
20041	Coloscopie et intubation caecale chez un patient à haut risque de développer un cancer colorectal (présence de signes ou de symptômes)	160,00	160,00	4
	AVIS : Voir la Règle d'application n° 6 pour les codes 20039 et 20041.			
	Coloscopie avec coloscope court (70 cm et moins) :			
00863	coloscopie avec coloscope court (PG-28 pour pédiatre seulement)	36,80	36,80	
00754	Iléoscopie par iléostomie avec coloscope long ou court	36,80	36,80	5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00749	Exérèse de polype (un ou deux) au cours d'une coloscopie incluant la biopsie, supplément	52,50	52,50	
	chaque polype additionnel	13,10	13,10	
	Maximum dix (10) polypes excisés			
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS.			
20042	Coloscopie avec recherche de dysplasie dans les cas de maladies inflammatoires intestinales (MII), toutes techniques, incluant les biopsies	250,00	250,00	4
	NOTE : Ce service médical inclut l'exploration de tout le cadre colique chez un patient porteur d'une maladie inflammatoire intestinale (MII) de plus de 10 ans d'évolution et elle doit s'accompagner d'au moins 8 biopsies pour chacun des segments examinés (droit, transverse, descendant, rectosigmoïde).			
00750	Biopsie ou cytologie par brossage unique ou multiple au cours d'une coloscopie, supplément	15,80	15,80	
09488	Coagulation de lésion hémorragique ou lésion vasculaire au cours d'une coloscopie, une ou plusieurs, supplément	52,50	52,50	2
00365	Coagulation par laser ou BICAP pour traitement palliatif de tumeur maligne et/ou vilieuse au cours d'une coloscoie, une ou plusieurs, supplément	105,00	105,00	2
20024	Mise en place par endoscopie d'un tube de décompression colique ou extraction de corps étrangers, supplément	36,80	36,80	4
	Rectosigmoïdoscopie diagnostique rigide ou à fibre optique incluant l'anuscopie (examen de 30 cm et moins)			
00635	sans manipulation (PG-28)	15,80	15,80	4
00636	avec biopsie unique ou multiple (PG-28)	22,10	22,10	4
00706	avec exérèse de polypes (un ou deux) incluant la biopsie (PG-28)	56,10	56,10	4
	chaque polype additionnel	9,50	9,50	
	(maximum pour l'ensemble des polypes excisés)	122,60	122,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de polypes dans la case UNITÉS.			

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00626	Oesophage études de la motilité de l'oesophage, incluant le pH, le cas échéant, mais excluant la pHmétrie oesophagienne de 24 heures .	52,50	52,50	
00634	monitoring ambulatoire de 24 heures du pH oesophagien avec lecture par ordinateur, technique et interprétation	26,30		
00338	Enregistrement de la motricité gastro-intestinale incluant intubation, surveillance et interprétation non-informatisée	105,00		
00571	pH oesophagien pour reflux	21,00	21,00	
00568	épreuve de perfusion à l'acide pour oesopha- gite (test de Bernstein)	19,20	19,20	
00562	bougirage incluant la fluoroscopie (PG-28) . . .	22,10	22,10	4
00563	cardio-myorrhexie	68,30	68,30	5
00573	tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon (v.g. Blakemore) (PG-28)	21,00	21,00	4
00574	supervision par jour	9,75	9,75	
	<u>AVIS :</u> Voir la Règle d'application n° 6.			
00864	Enregistrement de la pression portale libre et de la pression sus-hépatique libre par voie trans- hépatique avec une aiguille fine « aiguille de Chiba »	78,80		
00865	Cathétérisme sus-hépatique avec enregistre- ment des pressions sus-hépatiques libres et bloquées à l'aide d'un cathéter à ballonnet intro- duit par voie fémorale transcutanée	100,00		
	Cathétérisme sus-hépatique par voie trans- jugulaire avec enregistrement des pressions sus-hépatiques libres et bloquées			
00866	avec biopsie hépatique transjugulaire	75,00		
00867	avec cholangiographie transhépatique trans- jugulaire	66,10		
00868	avec portographie transhépatique transjugu- laire	120,00		
00869	avec oblitération de varices cardio-oesopha- giennes par embolisation sélective	101,70		
00349	Cathétérisme et mesure du débit azygos par thermodilution	105,00		
09485	Manométrie (étude dynamique) anorectale, pour pathologie digestive	52,50		
00870	Mesure du débit hépatique selon la méthode de Bradley à l'aide de l'I.C.G. (indocyanine green)	66,10		

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00876	Shunt porto-cave intra-hépatique non chirurgical incluant le cathétérisme de la jugulaire droite puis de la veine sus-hépatique droite, étude manométrique, cathétérisme du tronçon par voie transjugulaire, mesure de la pression portale, dilatation du tractus hépatique, introduction d'une endoprothèse et manométrie portale après shunt.	450,00		
09375	Étude de la viscérosensibilité rectale par ordinateur (Barostat)	52,50		
20043	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) lecture et interprétation NOTE : L'acte codé 20043 ne peut pas être facturé plus d'une fois par année, par patient.	150,00	150,00	
20044	Entéroscopie par double ballonnet par voie haute ou par voie basse ou les deux incluant toute endoscopie effectuée à la même séance. Ces mesures s'appliquent entre le ligament de Treitz et la valvule iléo-caecale entre 50 cm et 100 cm	175,00		6
20045	plus de 100 cm	250,00		6
20046	biopsie unique ou multiple, supplément	15,00		
20047	exérèse de polype (un ou deux) incluant la biopsie, supplément chaque polype additionnel Maximum dix (10) polypes excisés	40,00 10,00		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de polypes excisés dans la case UNITÉS.			
20048	avec fulguration ou coagulation d'une ou plusieurs lésions, supplément	35,00		
	Hémofiltration			
	Hémofiltration artério-veineuse continue incluant tous les soins, sauf la première visite et l'insertion du cathéter			
09382	3 premiers jours, par patient, par jour	123,00		
09383	après 3 jours, par patient, par jour	49,00		

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
	Filtration plasmaticque avec remplacement du plasma, par patient, par jour, par hospitalisation			
09426	1 ^{er} jour	157,50		
09427	2 ^e jour	78,80		
09428	3 ^e jour	75,00		
09429	par jour subséquent	36,80		
	<u>AVIS</u> : Indiquer la date d'entrée en établisse- ment.			
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)	138,60		
00274	Mesure d'impédance bioélectrique chez les patients suivis pour hyperalimentation	7,50		
09331	Installation de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	162,80	183,80	6
00845	Révision de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	58,00	58,00	6
09332	Exérèse de cathéter permanent type Scribner ou Broviac ou Hickman	55,00	55,00	4
	Injections			
00430	injection de médicament dans les capsules, gaines, tendons ou fascia	14,10	16,90	
20049	injection unique ou multiple de toxine botulinique dans les glandes salivaires (PG-28)	25,00		
20050	si guidée par échographie ou EMG, supplément (PG-28)	35,00		
+	NOTE : Maximum 1 séance par 4 mois, par patient. Ce maximum est applicable pour les actes codés 20049 et 20050.			
09487	injection unique ou multiple de toxine botulinique pour le soulagement des douleurs myofasciales, facettaires et de points gâchettes ou cervico-crâniennes réfractaires	25,00	25,00	4
00305	injection intramusculaire de toxine botulinique pour le traitement de la dystonie ou de la spasticité d'origine neurologique excluant le spasme hémifacial et le blépharospasme (PG-28)	120,00	120,00	4
00554	injections unilatérales de toxine botulinique pour spasme hémifacial (PG-28)	75,00	75,00	
00826	injection de toxine botulinique intralaryngée (PG-28)	60,00		5

Spécialistes

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00547	Pour toute procédure de bronchoscopie dont la durée excède une heure et demie chaque quart d'heure additionnel, supplément.	31,50		
	<u>AVIS :</u> - <i>Inscrire l'heure de début et de fin de la procédure de bronchoscopie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i> - <i>Inscrire le nombre de quarts d'heure complété au-delà d'une heure et demie dans la case UNITÉS.</i>			
00799	Trachéoscopie rigide (PG-23) (PG-28). NOTE : Le service médical codé 00799 ne peut être facturé avec une bronchoscopie.	107,80		4
20051	Changement de canule trachéale sauf pour patient porteur d'une laryngectomie totale	30,00	30,00	
00559	Laryngoscopie directe et dilatation laryngée (PG-23) (PG-28)	132,60		5
00522	Lavage gastrique (intoxication médicamenteuse ou alimentaire).	9,75	11,50	
00654	Lavage gastrique, eau glacée pour hémorragie	16,10	16,10	
00523	Manipulations vertébrales	15,30	18,00	4
00521	Manipulation d'une ou de plusieurs articulations périphériques à l'exception de la cheville, sans anesthésie.	12,00	14,10	
00524	Médiastinoscopie avec ou sans biopsie (PG-28)	115,50	115,50	6
09384	Mesure compartimentale de la jambe au repos et à l'exercice, unilatérale ou bilatérale, une ou plusieurs	32,00	38,40	

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
NEUROCHIRURGIE			
00600	Drainage lombaire continu (incluant la ponction lombaire) A8-1	147,00	
00614	ventriculaire externe continu (incluant la trépanation et ponction ventriculaire)	247,70	7
00625	ventriculaire externe double (incluant trépanation et ponctions) dans le même temps.	242,00	12
00629	Installation d'un capteur de pression (incluant le drainage ventriculaire continu et le trou de trépan, le cas échéant)	194,90	7
00664	Ponction sous-durale unilatérale	39,60	
00665	bilatérale	58,90	
00602	Ponction ventriculaire à travers la fontanelle ou un trou de trépan déjà existant (ventriculographie : voir épreuves diagnostiques)	23,50	6
00668	Trépanation simple	98,10	8
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE			
<u>AVIS :</u> 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	72,00	72,00
00109	Amnioscopie	24,80	24,80
Biopsie (unique ou multiple)			
Une biopsie prélevée par incision ou à l'aiguille le jour même de l'acte opératoire et reliée à cet acte n'est pas rémunérée à moins qu'il en soit spécifié autrement à la nomenclature.			
00171	clitoris	36,00	36,00
00172	col utérin ou curetage endocervical ou les deux	7,50	9,00
+00177	endomètre	31,70	34,30
00186	glande de Bartholin	14,60	17,30
00188	grande lèvre	14,60	17,30
00245	vagin ou vulve	22,50	27,00

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
RADIO-ONCOLOGIE				
L'Article 8.1 du Préambule général ne s'applique pas à la radio-oncologie et à la curiethérapie				
<u>AVIS</u> : Les actes de la radio-oncologie sont payables en établissement seulement. Vous devez utiliser le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200. L'identification de la personne assurée est essentielle.				
08501	Examen, sous anesthésie générale ou régionale, effectué par un radio-oncologue ou conjointement avec un médecin d'une autre discipline		50,00	4
08502	Installation d'un tube nasogastrique, dans les cas de cancer des voies aérodigestives supérieures.		30,00	
08510	Planification du traitement par radiations lésions cutanées		68,00	
08511	Planification du traitement par radiations lésions non cutanées		62,70	
08507	plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément.		15,90	
08508	45 minutes ou plus, supplément.		47,80	
NOTE : Le médecin a droit à un seul supplément pour un même patient.				
+08553	Planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodesitométrie, lésions non cutanées.		88,90	
08503	injection intraveineuse de substance de contraste, supplément		30,00	
08509	plus de 45 minutes, supplément.		22,30	
08564	Radiothérapie avec modulation d'intensité		49,40	
08504	Radiothérapie avec modulation d'intensité par planification inverse		350,00	
NOTE : L'acte codé 08504 et l'acte codé 08564 sont mutuellement exclusifs.				
08565	Fusion d'images.		49,40	
08554	Irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement.		350,00	
08555	Irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement.		132,80	
08513	Traitement par isotopes métabolisés.		32,90	4
08514	Installation interstitielle ou intracavitaire de source radioactive liquide		31,00	4

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES**Spécialistes**

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
08515	Application de radio-isotope par plaque	26,00		5
08516	Irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement.	947,00		
08517	Irradiation toto-nodale, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement	947,00		
08518	Vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques	25,50		
08519	Vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient.	12,70		
08520	Étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie transcutanée)	22,60		
08566	Implantation d'un ou plusieurs marqueurs permanents en vue du repérage d'un organe ou d'une tumeur	53,00		4
08551	Radiothérapie de contact d'une tumeur du rectum, par rectoscopie, par séance	112,60		6
08552	Radiothérapie de contact intracavitaire (vagin)	112,60		5
CURIETHERAPIE				
08521	Étude de dosimétrie prévisionnelle.	42,50		
08522	Étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie	59,40		
	Implant endocavitaire de matériel guide temporaire :			
08524	bronches (PG-28)	80,00		6
08527	col utérin (maximum 5 applications/patiente) (PG-28)	95,00		5
08528	corps utérin (PG-28)	80,00		5
08541	vagin (cavité vaginale) (PG-28)	80,00		6
08544	voies biliaires (PG-28)	80,00		4
08556	oesophage (PG-28)	80,00		5
08557	cavité buccale (moulage) (PG-28)	57,00		5
08558	nasopharynx (PG-28)	80,00		5
08559	rectum (PG-28)	80,00		5
08560	anus (PG-28)	80,00		5

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00837	première heure (1*)	276,20		12
09346	pour chaque patient additionnel traité simulta- nément (1*)	76,00		
00838	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure (1*)	45,70		
09347	pour chaque patient additionnel traité simulta- nément	11,00		
	surveillance : (le patient est dans la chambre et le méde- cin est à l'extérieur)			
00839	première heure	128,50		12
09348	pour chaque patient additionnel traité simultanément	37,00		
00840	par quart d'heure ou portion de quart d'heure, après la première heure	21,50		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRIN- CIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			
09349	pour chaque patient additionnel traité simul- tanément	5,50		
	Pour la couverture professionnelle, au niveau du Québec des services d'évaluation en rapport avec les indications de l'utilisation de la cham- bre hyperbare, rendus par le médecin respon- sable d'une chambre hyperbare			
00832	forfait pour une couverture de 24 heures en semaine	107,00		
00833	forfait pour une couverture de 24 heures, le week-end ou un jour férié	160,00		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE; Inscrire le code d'établissement; Inscrire le code d'acte 00832 ou 00833 dans la case ACTES et les honoraires correspondants; Aucun autre service ne doit être fac- turé sur cette demande de paiement. Pour l'acte 00833, se référer à la règle 14.5 du Préambule général pour la liste des jours considérés comme fériés.</i>			
	<u>AVIS :</u> (1*) <i>Inscrire l'heure de début et de fin dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNE- MENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>			

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

	Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
Traitements de physiothérapie (Réadaptation physique) donnés en cabinet			
Les traitements de physiothérapie dont l'énumération suit, sont payés au tarif et suivant les conditions établies dans la Lettre d'entente n° 13. (Voir Brochure no 1, Médecins Spécialistes, Annexe 11).			
<u>AVIS :</u> <i>La tarification est de 13,20 \$ par traitement – maximum trois traitements par séance. La prestation de ces actes n'est pas sujette à la règle 8 du préambule général.</i>			
00671			chaleur (diathermie, bains de paraffine, microthermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672			électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)
00673			ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674			exercices de rééducation, respiration
00675			hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676			mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677			ultrasons
00678			ultraviolet

Transplantation d'organes

+00414	Préparation d'un donneur cadavérique, en vue d'une greffe d'organe, incluant les visites et les procédures diagnostiques et thérapeutiques.	300,00
--------	--	--------

AVIS : *Cet acte est payable par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.*

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S..

Spécialistes C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00730	Dilatation d'urétérostomie ou de stoma iléal ou colonique sous anesthésie régionale ou générale "I"	64,80		4
A) Endoscopies et manipulations uréthro-vésicales				
NOTE : Un seul service médical de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations uréthro-rénales peut être facturé à la fois dans une même séance.				
00325	Injection par cathétérisme vésical de substance médicamenteuse, unique ou multiple, dans le traitement de tumeurs vésicales ou de la cystite interstitielle, par jour	32,40	32,40	5
00302	Cathétérisme vésical d'urgence dans une situation difficile "I" (PG-28)	37,30	37,30	5
+00320	Urétéro-cystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant, le cas échéant, l'injection de colorant, l'urétrotomie interne, l'ablation de calcul ou de corps étranger de l'urètre ou de la vessie, l'ablation de cathéter urétéral ou de sonde double J, la biopsie ou l'excision ou l'électrocoagulation de lésions urétrales ou vésicales ou les deux, la méatotomie urétérale pour sténose et la recherche de trajet fistuleux)	50,90	50,90	5
00726	Dilatation de la vessie pour cystite interstitielle sous anesthésie générale ou régionale «I»	74,60		4
00731	Dilatation d'un rétrécissement de l'urètre pénien, toute technique	17,30	17,30	5
00326	Mise en place d'une endoprothèse urétrale ou prostatique ou les deux (Wallstent Urolume ou autres)	205,00		5
B) Endoscopies et manipulations uréthro-rénales				
NOTE : Un seul code d'acte de cette sous-section et de la sous-section endoscopies et manipulations uréthro-vésicales peut être facturé à la fois dans une même séance.				
00327	Injection intrapyélique de substance médicamenteuse unique ou multiple, par jour	30,00	30,00	5
00319	Urétrocystoscopie avec cathétérisme urétéral incluant, le cas échéant, l'injection de colorant : pour fins diagnostiques.	81,00	81,00	5

C - PROCÉDÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Spécialistes

		Établis- sement R = 1	cabinet R = 1	Unité de base R = 2
00372	pour fins thérapeutiques, incluant au moins un des procédés suivants : les manipulations urétérales par panier, le refoulement ou la tentative de refoulement de calcul, la dilatation urétérale à tout niveau, la néphrostomie rétrograde de type Lawson, ou la mise en place de cathéter urétéral double J	124,00	124,00	5
00373	Néphroscopie percutanée post-néphrolithotomie percutanée, par le trajet de néphrostomie existant, avec ou sans extraction de calcul, sous anesthésie locale	162,00		
00374	Urétroscopie ou urétéroréno-scopie diagnostique, incluant les biopsies et les tubes de drainage, s'il y a lieu	187,00		5
C) Urodynamie				
NOTE : Un seul service médical de cette sous-section peut être facturé à la fois dans une même séance.				
00312	Cystométrie avec enregistrement graphique avec ou sans prise de pression intra-abdominale (par un urologue seulement) : technique ou interprétation ou les deux.	32,40	32,40	5
09358	Mesure des pressions intrapyéliqués ou urétéro-vésicales ou les deux, avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation	21,60		4
09357	Mesure des pressions intrapyéliqués ou urétéro-vésicales ou les deux, sous perfusion continue, incluant cystométrie (test de Whitaker) avec ou sans prise de pression intra-abdominale, technique et interprétation.	50,00		5
	Étude urodynamique complète comprenant la cystométrie, la prise de pression intra-abdominale, le profil urétral (sauf chez l'enfant de moins de 16 ans) et la débimétrie, avec ou sans E.M.G.			
00375	technique et interprétation	55,90	55,90	4
00377	interprétation seulement.	32,40	32,40	
00622	Enregistrement vidéofluoroscopique comprenant une étude urodynamique devant inclure : la cystométrie, l'étude pression-débit, l'enregistrement des pressions abdominales et de fuite à l'effort (ou profil urétral), avec ou sans électromyographie du plancher pelvien, technique et interprétation	189,00		
00647	Exsanguino-transfusion (chacune).	156,90		

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

Dans le cas où la durée de l'anesthésie sous-jacente à une intervention est de 5 heures ou moins, le supplément est de 6 unités. Pour une durée de plus de 5 heures, le supplément est de 8 unités. Dans tous les cas, le temps alloué pour entreprendre l'anesthésie ou les blocs visés ci-dessus n'est pas compté dans les unités de temps de l'anesthésie.

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'acte suivants en supplément aux unités de base d'une intervention :*

41008 :	Anesthésie sous-jacente à une intervention de 5 heures ou moins, supplément	6 unités
41009 :	Anesthésie sous-jacente à une intervention de plus de 5 heures, supplément	8 unités

Ces services sont seulement payables en rôle 2.

Les unités de durée ne sont pas permises pour ces codes.

Les suppléments 41008 et 41009 doivent être réclamés sur la demande de paiement relative au patient auprès duquel l'intervention anesthésique sous-jacente de la règle 11.2 a été effectuée.

RÈGLE 12.

MAJORATION D'HONORAIRES POUR CERTAINS SERVICES

Le médecin anesthésiologiste a droit à une majoration de 15 % de la tarification applicable en vertu des dispositions de l'Accord-cadre pour les interventions suivantes effectuées entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés :

- i. Tous les services médicaux apparaissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de la Médecine et de la Chirurgie (Annexe 6 de l'Accord-cadre) et qui font l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques (rôle 2), à l'exception du service médical codé 07261 et des services médicaux dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29;
- ii. Les services médicaux codés 00901, 00927, 00939, 00991, 04516, 08329, 09403, 09404, 09405 et 41013 à 41022, sauf lorsque dispensés dans une unité de soins intensifs reconnue à l'Annexe 29.

AVIS : *Utiliser le modificateur 919 pour demander la majoration d'honoraires.*

Pour les suites d'opération entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h, utiliser le modificateur multiple suivant :

225 multiple de (098-919) : Suite de l'opération non majorée pour les soins d'urgence et majoration d'honoraires de 15 %.

En dehors des plages de 7 h à 8 h et de 15 h à 19 h, utiliser les modificateurs simples de suites d'opération existants.

Voir les exemples de facturation associés à l'utilisation de ces modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement du manuel des médecins spécialistes.

Pour la facturation de combinaisons de modificateurs non définies par un multiple, utiliser le modificateur 099 et inscrire dans la case DIAGNOSTIC ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les modificateurs qui s'appliquent.

RÈGLE 13.**MAJORATION D'HONORAIRES SELON L'ÂGE**

13.1 En anesthésiologie, on majore de la moitié les honoraires de tous les services médicaux lorsque dispensés à un enfant de moins de 2 ans. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur.(MOD=166)

13.2 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires des services médicaux codés 00905, 05021, 05203, 05228, 05455, 05456, 05457, 05459, 05462, 05468, 05469, 05488, 05492, 06127, 06390, 07077, 07078, 07083 et 07308, lorsque dispensés à un patient de 2 ans à 8 ans inclusivement. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur.(MOD= 015)

13.3 En anesthésiologie, on majore du quart les honoraires de tous les services médicaux, lorsque dispensés à un patient âgé de 80 ans et plus. Cette majoration ne s'applique pas au médecin anesthésiologiste collaborateur.(MOD=022)

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 14,25

ANESTHÉSIE POUR CHIRURGIE DENTAIRE ET BUC-CALE

00925	Curetage sous-gingival	5*
----	Extraction dentaire simple (Voir système digestif)	
00904	Résection de racine dentaire	5*
00905	Obturation dentaire	5*
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.	
00920	Ablation d'un corps étranger de la cavité buccale ou du maxillaire (à l'exception de l'ablation d'attelle) dans le tissu osseux ou dans le tissu mou avec anesthésie	5*
00965	Ablation de dent, de fragment dentaire ou de corps étranger par antrostomie	5*
00924	Exposition chirurgicale pour fins orthodontiques d'une dent dont la couronne est complètement ou partiellement recouverte par le tissu osseux avec ou sans appareil de traction	5*
00930	Maxillectomie partielle	10*
00936	Ablation des apophyses géni ou ablation de la crête mylohyoïdienne (unilatérale) ou réinsertion du muscle mylohyoïdien (unilatérale)	5*

D - ANESTHÉSIOLOGIE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	Tubéroplastie (unilatérale) (Reconstruction de la tubérosité)		
00937	réduction muqueuse ou fibreuse ou les deux		5*
00938	réduction osseuse (comprenant la réduction muqueuse et fibreuse s'il y a lieu) ou extension de la rétro-tubérosité (comprenant l'ablation de l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde)		5*
00949	Operculectomie (incision et dégagement de la surface occlusale d'une dent en éruption)		5*
	Intervention sur le trijumeau		
00950	avulsion complète du nerf dentaire inférieur ou avulsion d'une branche du trijumeau ou transposition et décompression neurale ou alcoolisation d'une branche du trijumeau		6*
00953	infiltration d'une branche du trijumeau 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	34,00	
00908	avec la présence d'un anesthésiologiste	17,00	
	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		15

NOTE :

	- si, au cours du travail se déroulant sous anesthésie régionale, une césarienne devient nécessaire, l'honoraire de cette dernière, (code d'acte 06912 ou 06913), s'ajoute à celui de l'anesthésie régionale à compter du moment où l'anesthésiologiste prend contact avec la malade pour effectuer l'induction.	
	- une anesthésie générale pratiquée pour compléter une anesthésie régionale est incluse dans le tarif de cette dernière.	
41007	Prise en charge du nouveau-né par un anesthésiologiste lors d'une chirurgie ex utéro intrapartum	18*
	<u>AVIS</u> : <i>Le code d'acte 41007 doit être facturé avec le numéro d'assurance maladie de la mère du nouveau-né.</i>	
ANESTHÉSIE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE		
00915	Contrôle de blocages nerveux continus (avec cathéter ou aiguille) : par visite	7,40
	maximum par jour	29,60
	<u>AVIS</u> : <i>Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.</i>	
00939	Épidurale avec sang homologue pour traiter céphalée post-ponction de la dure-mère	73,50
	Épidurale continue pour soulager la douleur :	
	pour les premières 48 heures	
00933	chronique (injection de morphine ou autres narcotiques) incluant les visites, la surveillance et les injections	157,50
	après 48 heures	
00935	réinjections et/ou visites, par jour, par patient	29,40
+00952	Épidurale différentielle incluant les visites, les injections et la surveillance	157,50
	NOTE : Comprend l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient. Ce test a une durée moyenne de trois heures. Les services médicaux codés 00933 et 00935 ne peuvent s'ajouter à cet acte le même jour.	
	Douleur aiguë ou douleur chronique :	
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par bloc plexique, neuraxial (péridural ou rachidien), intrapleurale, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections	
41001	1 ^{er} jour	5
41002	par jour subséquent	2

D - ANESTHÉSIOLOGIE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
41003	injection unique de narcotique par voie rachidienne ou épidurale, incluant les visites effectuées dans les premières 48 heures, le cas échéant		4
	NOTE : Les actes codés 41001, 41002 et 41003 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 41004 et 41005 le même jour.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>		
	prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient hospitalisé, de l'analgésie par administration continue de médicaments à l'aide d'une pompe programmable, par voie intraveineuse, incluant les visites, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		
41004	1 ^{er} jour		3
41005	par jour subséquent		1
	NOTE : Les actes codés 41004 et 41005 ne peuvent pas être facturés avec les actes codés 41001, 41002 et 41003 le même jour.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>		
41006	Prise en charge par l'anesthésiologiste, chez un patient en chirurgie d'un jour, de l'analgésie par bloc plexique ou nerveux avec utilisation d'une pompe élastométrique, incluant les visites effectuées le même jour, le cas échéant, la surveillance, l'installation du cathéter, l'enseignement au patient et les injections		6
	NOTE : L'acte codé 41006 ne peut pas être facturé avec les actes codés 41001, 41002, 41003, 41004 et 41005 le même jour.		
	<u>AVIS :</u> <i>Inscrire la date de début du séjour hospitalier dans la case ÉTABLISSEMENT.</i>		
01901	Tests à la phentolamine, à la lidocaïne et/ou à la kétamine pour douleur chronique	52,50	
41011	Perfusion thérapeutique d'un médicament pour le traitement de douleur chronique (kétamine, lidocaïne et autres)	30,00	
	NOTE : Comprennent l'injection séquentielle de placebo, d'analgésique ou d'agent narcotique et l'appréciation de la réponse du patient.		
ANESTHÉSIE EN SOINS PALLIATIFS			
+41012	Analgésie péridurale avec cathéter pour contrôle de la douleur	210,00	4
+41013	Analgésie péridurale avec cathéter tunnelisé pour contrôle de la douleur	210,00	6
+41014	Analgésie rachidienne avec cathéter tunnelisé pour contrôle de la douleur	210,00	6

Spécialistes

D - ANESTHÉSIOLOGIE

		R = 1	R = 2
+41015	Insertion sous-arachnoïdienne d'un cathéter type Port-a-Cath incluant le bloc	395,00	6
+41016	Insertion d'un cathéter pour bloc plexique continu incluant le bloc	90,00	4
+41017	Bloc du ganglion impar	50,00	4
+41018	Bloc du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	170,00	6
+41019	Neurolyse du ganglion impar	100,00	4
+41020	Neurolyse du plexus splanchnique, coeliaque ou hypogastrique	335,00	6
+41021	Neurolyse médullaire cervicale	335,00	6
+41022	Neurolyse médullaire thoracique, lombaire ou sacrée	335,00	6
41023	Visite de suivi, par jour (1*)	40,00	
	NOTE : Cet acte est applicable sur les actes codés 41012, 41013, 41014, 41015 ou 41016.		
41024	Visite de suivi, par jour (1*)	20,00	
41025	Tournée des malades le week-end (1*) (honoraires majorés en application de la Règle 15 du Préambule général).	25,00	
	NOTE : Les actes codés 41024 ou 41025 sont applicables sur les actes codés 41017, 41018, 41019, 41020, 41021 ou 41022.		

INHALOTHÉRAPIE

00917	Visite de contrôle	6,50	
	Maximum par jour	26,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne pour chaque jour en inscrivant le nombre de visites dans la case UNITÉS.

NOTE : Ne peut pas être facturé par un médecin classé en anesthésiologie, en pédiatrie ou en pneumologie. De plus, la visite de contrôle en anesthésiologie (09135), en pédiatrie (09152) ou en pneumologie (09152) ne peut pas être facturée à la place de ce service médical codé 00917.

00984	Réanimation cardio-respiratoire du nouveau-né s'applique si l'apgar à une minute est de 5 et moins		7
	NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec l'acte codé 15120.		

AVIS : Incrire l'apgar dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et fournir des notes explicatives.

AVIS : (1*) Voir la règle 5.7 du Préambule général.

SOINS SPÉCIAUX**Cathétérisme veineux**

NOTE : Les services médicaux de cette rubrique ne peuvent être facturés que par le médecin spécialiste classé en anesthésiologie.

AVIS : Lorsque le médecin anesthésiologiste installe un cathéter, il est rémunéré selon les honoraires du rôle 1 sauf au cours d'une chirurgie sous anesthésie auquel cas, il utilise le code d'acte correspondant au supplément A8-1 concerné.
Lorsqu'un médecin d'une autre discipline installe un cathéter sous anesthésie, le médecin anesthésiologiste est rémunéré selon la valeur de base du rôle 2.

00901	Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant	147,00	
00987	supplément A8-1		9
	AVIS : Si les actes codés 00901 ou 00987 sont associés à l'acte 08329, le même jour chez le même patient, ils seront payés à demi-tarif (MOD = 061).		
	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)	116,00	4*
00993	supplément A8-1		5
+00903	patient de 16 ans ou plus (PG-28)	87,60	4*
00994	supplément A8-1		3
+00909	Introduction d'un cathéter veineux central temporaire par voie périphérique (picc-line) incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste et la visite faite au cours des 30 jours précédents (PG-23)	116,00	4*
00995	supplément A8-1 (PG-23)		5
00913	Mise en place d'un cathéter veineux permanent avec réservoir sous-cutané incluant, le cas échéant, l'injection de substance de contraste, l'échographie de guidage pour la ponction, la visite faite au cours des 30 jours précédents et la surveillance	210,00	
00916	si reprise de la technique en deçà de 30 jours, supplément	26,30	

CHIRURGIE PLASTIQUE

	Forfait de reconstruction pour chirurgie oncologique complexe ou pour les grands traumatisés ou pour malformation congénitale complexe	
+05900	durée anesthésiologique de 6 à 8 heures au total . . .	1 750,00 18
+05901	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	2 250,00 18
+05902	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 750,00 18
+05903	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	3 250,00 18
+05904	par microanastomose vasculaire (maximum 2) supplément	600,00
05914	si microanastomose vasculaire excédentaire supplé- ment (1*)	C.S.
+05905	par microanastomose nerveuse (maximum 2) supplément	500,00
05915	si microanastomose nerveuse excédentaire supplé- ment (1*)	C.S.

NOTE : Le protocole opératoire est requis pour les actes codés 05914 et 05915.

AVIS : Voir la règle 12 de l'Addendum 4 - chirurgie.
- Incrire l'heure de début et de fin de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

AVIS : (1*) Voir la règle 16 du préambule général.

RÈGLE 13.**FORFAIT POUR CHIRURGIE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en neurochirurgie, les cas de chirurgie complexe d'une durée anesthésiologique de huit heures ou plus, sont rémunérés sous forme de forfait.

Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée, à l'exception du médecin assistant.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésiologique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésiologique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : Voir les codes d'actes 05954 à 05962.

R = 1 R = 2

NEUROCHIRURGIE

Forfait pour chirurgie complexe
(Acte réservé aux spécialistes en neurochirurgie seulement)

05954	durée anesthésiologique de 8 à 10 heures au total . . .	1 800,00	18
05955	durée anesthésiologique de 10 à 12 heures au total . .	2 250,00	18
05956	durée anesthésiologique de plus de 12 heures	2 900,00	18

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

- Incrire l'heure de début et de fin de la chirurgie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Assistance opératoire :			
05957	durée d'assistance opératoire de 2 à 4 heures au total	285,00	
05958	durée d'assistance opératoire de 4 à 6 heures au total	475,00	
05959	durée d'assistance opératoire de 6 à 8 heures au total	665,00	
05960	durée d'assistance opératoire de 8 à 10 heures au total	855,00	
05961	durée d'assistance opératoire de 10 à 12 heures au total	1 045,00	
05962	durée d'assistance opératoire de plus de 12 heures . .	1 140,00	

NOTE : Les modificateurs d'urgence prévus à la Règle 14 du Préambule général s'appliquent à partir de l'heure du début de l'assistance opératoire.

AVIS : Voir la règle 13 de l'Addendum 4 – Chirurgie.

- Incrire l'heure de début et de fin de l'assistance opératoire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

- Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé.

Excision conventionnelle, au Laser ou par cryochirurgie

TUMEUR BÉNIGNE OU PRÉCANCÉREUSE

(biopsies comprises) :

(Naevi, angiomes, lipomes, kératoses actiniques, etc. sauf les kystes sébacés, les angiomes-plans à la face ou au cou antérieur traités au laser et les verrues).

Face, cou et organes génitaux

	sans anesthésie ou avec anesthésie locale		
01101	sans suture (2*)	14,00	
	avec suture		
01102	2 cm ou moins (PG-28) (1*)	14,00	
01103	2 cm à 5 cm (PG-28) (1*)	70,00	
01104	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	125,00	
	sous anesthésie régionale ou générale		
	avec suture		
01105	2 cm ou moins (PG-28) (1*)	100,00	5
01106	2 cm à 5 cm (PG-28) (1*)	125,00	5
01107	plus de 5 cm (1*)	187,00	5

Autre région

	sans anesthésie ou avec anesthésie locale		
	sans suture		
01108	5 cm ou moins (2**)	12,30	
01109	plus de 5 cm (1*)	36,00	
	avec suture		
01121	5 cm ou moins (PG-28) (1*)	25,20	
01122	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	41,60	
	sous anesthésie régionale ou générale		
01123	5 cm ou moins (PG-28) (1*)	80,00	5
01124	plus de 5 cm (PG-28) (1*)	117,80	5

NOTE : Maximum de 4 lésions rémunérables par séance.

AVIS : Indiquer le nombre de tumeurs dans la case UNITÉS, sauf pour les codes d'acte 01101 et 01108.

Voir la section 3.2.6 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement concernant les unités

AVIS : (1*) La lésion doit être calculée en centimètres linéaires lorsque la lésion est de forme rectangulaire; inscrire le nombre de centimètres du côté le plus long du rectangle dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

(2*) Voir la règle d'application n°32.

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	Lipomatose diffuse ou neurofibromatose		
+01126	Exérèse de 5 lésions ou plus	C.S.	5
	<u>AVIS</u> : <i>Voir la règle 16 du préambule général.</i>		
	Kystes sébacés :		
01169	face, cuir chevelu, cou (PG-28)	16,50	5
+01172	autres localisations	29,40	5
	NOTE : Maximum de quatre (4) lésions rémunérables		
	<u>AVIS</u> : <i>Utiliser une ligne par lésion.</i>		
	Traitement des angiomes-plans à la face ou au cou antérieur, par laser jaune, à vapeur de cuivre ou à argon modifié		
	sous anesthésie :		
01110	par cm carré	20,00	4
	maximum par séance	200,00	
	sans anesthésie :		
01112	par cm carré (PG-28)	10,00	
	maximum par séance	50,00	
	NOTES : 1. si le patient a plus de 21 ans, la superficie doit être de 6 cm carrés ou plus et une autorisation préalable de la Régie est nécessaire. 2. ce tarif est payable en établissement seulement.		
	<u>AVIS</u> : <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITES.</i>		
	<i>Pour un patient de plus de 21 ans, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</i>		
	<i>Inscrire le code d'établissement dans la case appropriée.</i>		
	TUMEURS CANCÉREUSES		
01130	Exérèse d'un mélanome, supplément	85,00	
	NOTE : L'acte codé 01130 peut être facturé avec les actes codés 01131, 01132, 01133 et 01134.		
	(biopsies comprises) par excision chirurgicale		
	Face, cou et organes génitaux		
01131	sous anesthésie locale	106,25	
01132	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	200,00	6

Spécialistes F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

		R = 1	R = 2
	Autre région		
01133	sous anesthésie locale	52,50	
01134	sous anesthésie régionale ou générale (PG-28)	102,00	6

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

	Excision de lésion cancéreuse de la peau selon la technique de Tromovitch		
01199	première couche (PG-28)	210,00	6
01190	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément (PG-28) maximum : 2 couches	100,00	

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

Chimiochirurgie pour cancer (technique de Mohs micrographique)

NOTE : La technique de chirurgie micrographique de Mohs est définie comme :

- l'exérèse en couches minces de la tumeur avec orientation et marquage cartographiques du tissu;
- l'analyse sur place des coupes horizontales et non verticales sur tissu congelé afin d'assurer les marges par un examen microscopique;
- la préparation des lames d'histologie doit être faite ou supervisée par le chirurgien de Mohs et toutes les lames doivent être vues et analysées par le médecin lui-même. Le médecin doit avoir une formation reconnue en technique de Mohs.

NOTE : Cet acte peut être rémunéré seulement s'il s'agit :

- d'un cancer récidivant ou
- d'une tumeur de plus de 1 cm au visage ou au cou ou
- d'une tumeur de plus de 2 cm au niveau des membres supérieurs ou
- d'une tumeur de plus de 3 cm au niveau du tronc ou des membres inférieurs ou
- d'une tumeur intéressant une lèvre, une paupière, une narine, une main, un pied, l'anus ou les organes génitaux si la situation anatomique requiert la préservation du tissu ou
- d'un cancer morphéiforme ou infiltrant

NOTE : Les actes codés 01302 et 01303 ne peuvent pas être facturés dans les cas de lentigo malin superficiel ailleurs qu'au visage ou de mélanome.

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
01302	première couche (curetage, grattage ou réduction tumorale préliminaire inclus)	400,00	
01303	chaque couche supplémentaire, le même jour ou dans les jours subséquents, supplément maximum : 2 couches	100,00	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de couches dans la case UNITÉS.			
CRYOCHIRURGIE			
Tumeurs cancéreuses de la peau excluant les kératoses actiniques (biopsies comprises) :			
NOTE : par cryochirurgie on entend une double congélation avec instrumentation. Ne peut être utilisé pour la cryothérapie.			
01143	face, cou et organes génitaux	50,00	5
01144	autre région	25,00	4
LIPECTOMIE FONCTIONNELLE			
<u>AVIS :</u> Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01010, 01012, 01021, 01210 et 01211 sont réclamés.			
01010	Excision du tablier graisseux abdominal	540,00	7
Autres régions			
+01012	membre supérieur	265,00	5
+01021	membre inférieur	480,00	5
Liposuction d'un lambeau préalablement greffé :			
01210	sous anesthésie locale	60,00	
01211	sous anesthésie générale	90,00	5
ONYCECTOMIE			
doigt ou orteil (incluant le lambeau, le cas échéant) :			
01215	simple	25,20	4
01216	radicale : exérèse de la matrice unguéale et amputation partielle de la phalange distale, si nécessaire	125,00	5
SINUS PILONIDAL			
(kyste sacro-coccygien):			
01217	excision simple	189,00	5
01220	excision et plastie	194,30	5
01221	marsupialisation	189,00	5
EXÉRÈSE DE CORPS ÉTRANGERS			
01196	simple (PG-28)	28,00	4
01197	compliquée	C.S.	6
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			

Spécialistes F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

		R = 1	R = 2
VERRUE			
	Excision chirurgicale :		
	non faciale :		
01222	première (PG-28)	9,30	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . . .	2,30	
	maximum 15 verrues additionnelles		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
	faciale :		
01223	première (PG-28)	13,50	4
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . . .	3,20	
	maximum 9 verrues additionnelles		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
	plantaire excluant l'émondage :		
01225	première	16,50	5
	additionnelle (lors de la même séance), chacune . . .	4,60	
	maximum de 10 verrues additionnelles par séance		
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'excisions ou de lésions dans la case UNITÉS.		
01227	en mosaïque (excision totale) par séance.	50,00	5
01224	excision totale et plastie.	107,10	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*.

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

01304	Perfusion hyperthermique de chimiothérapie d'un membre, incluant l'emploi du coeur-poumon artificiel et l'hyperthermie, le cas échéant	450,00	18
-------	--	--------	----

Réparation de plaies (débridement compris)

Lacérations simples :

face et cou :

Pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01320	moins de 1 cm (PG-28)	19,50	5
	par cm additionnel (1*)	9,00	
	valeur maximum	200,00	

autres localisations :

pour la réparation de lacérations simples, la somme des centimètres s'additionne à la valeur de base qui n'est payable qu'une fois.

01323	moins de 1 cm (PG-28)	12,50	5
	par cm additionnel (1*)	3,50	
	valeur maximum	105,00	

Suture de lacérations intranasales ou intrabuccales (sous anesthésie générale)

01316	1 ^{er} centimètre	100,00	5
	par centimètre additionnel	20,00	

AVIS : *Le service médical codé 01316 doit être facturé seul. Si une ou plusieurs chirurgies sont effectuées au cours d'une même séance opératoire, utiliser le code 01317.*

01317	au cours d'une autre intervention chirurgicale par le même chirurgien, supplément		
	1 ^{er} centimètre	25,00	
	par centimètre additionnel (1*)	10,00	

AVIS : *Le service médical codé 01317 est un supplément à tout acte chirurgical. Cependant, il ne peut être utilisé avec le code d'acte 01316.*

AVIS : (1*) *Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.*

Lacérations compliquées :

NOTE : Les valeurs suivantes s'appliquent lorsqu'il y a lieu d'utiliser des techniques spéciales de réparation en vue d'obtenir un résultat esthétique ou fonctionnel au maximum, techniques qui exigent un temps inhabituel d'opération.

À moins qu'il en soit indiqué autrement, les valeurs établies comportent la mise à plat du défaut à corriger et les procédures nécessaires à la réparation ou le débridement et la réparation de lacérations compliquées.

01322	face et cou :		
	moins de 2,5 cm (PG-28)	100,00	5
	par 2,5 cm additionnels	35,00	
	maximum payable pour l'ensemble des plaies	625,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre d'unités de 2,5 cm dans la case appropriée.
Exemple : 2,5 cm = 1 unité.

Joindre le compte rendu opératoire.

01325	plaies étendues, multiples ou compliquées (PG-28)	C.S.	5
-------	---	------	---

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

débridement isolé de plaie :

NOTE : Dans les cas de réparation de plaie, le débridement est inclus dans la prestation prévue pour les réparations de plaie lorsqu'elles sont faites en même temps.

01327	chaque unité de 1 cm (PG-28)	3,40	5
	valeur maximum	61,00	

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

01328	réparation de plaie opératoire pour hémorragie (tranche vaginale incluse)	C.S.	6
-------	---	------	---

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

		R = 1	R = 2
BRÛLURES			
01345	débridement isolé de brûlures moins de 10% de la surface corporelle Inclus dans le tarif de la visite ou de l'acte associé entre 10% et 30% de la surface corporelle, par cm (PG-28)..... valeur maximum	0,50 125,00	8
<u>AVIS :</u> <i>Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de centimètres dans la case UNITÉS.</i>			
01339	au-delà de 30 % ou d'une main complète ou les deux (PG-28)	420,00	8
01333	étendues	C.S.	8
<u>AVIS :</u> <i>Voir la règle 16 du préambule général.</i>			
01337	Application d'autogreffe de culture sur un brûlé incluant le débridement à la même séance, le cas échéant	600,00	8
<u>AVIS :</u> <i>Joindre le compte rendu opératoire</i>			
01346	Escharotomie de décompression chez les brûlés tronc (PG-28)	100,00	5
01347	un ou deux membres supérieurs (PG-28).....	100,00	5
+01348	un ou deux membres inférieurs (PG-28)	100,00	5
NOTES : 1. Les services médicaux codés 01346, 01347 et 01348 ne peuvent être facturés avec les services médicaux codés 01333, 01339 et 01345.			
2. Si une ou des fasciotomies sont nécessai- res, à la même séance et sur le même seg- ment de membre, qu'une escharotomie, seules la ou les fasciotomies seront payables.			
+01334	changement de pansements sous anesthésie au bloc opératoire incluant le débridement.	300,00	7
01321	Injections multiples de Kénalog sous anesthésie géné- rale, par quart d'heure	40,00	6
<u>AVIS :</u> <i>Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en inscri- vant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.</i>			

		R = 1	R = 2
GREFFE CAPILLAIRE			
01338	par greffon	5,00	4
	maximum par séance	350,00	
<p>AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de greffons dans la case UNITÉS. Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire.</p>			
GREFFES CUTANÉES OU GREFFES CULTIVÉES			
<p>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.</p>			
01335	Prélèvement de greffon cutané par un chirurgien d'une spécialité autre que celui qui a appliqué le greffon (peu importe le nombre de greffons)	73,50	4
01360	Application de greffe cultivée (Dermagraft ou Apligraf) première application	105,00	5
01361	application additionnelle ou subséquente	25,00	4
<p>AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total d'applications dans la case UNITÉS.</p>			
GREFFES PAR GLISSEMENT, ROTATION OU TRANSPOSITION			
Lambeau			
01365	unique avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	225,00	5
01366	unique avec greffe libre à la région donneuse	240,00	4
01367	multiple, au même site, avec fermeture de la région donneuse (PG-28)	350,00	5
NOTE : le sousminement des lèvres de la plaie ne constitue pas une greffe par glissement.			
01373	Greffe par transfert d'un lambeau myocutané (PG-28) .	750,00	6
Transfert d'un lambeau ostéo-musculo-cutané incluant la prise du greffon et la fermeture de la région donneuse			
01353	sans microchirurgie	750,00	6
----	avec microchirurgie	(Voir sous greffe libre)	
sourcil, paupière, lèvre, oreille, nez :			
01368	en un temps (PG-28)	450,00	5
01369	en deux temps	450,00	6
01336	gros lambeau de glissement ou de rotation ou de transposition avec fermeture ou greffe de la région donneuse - pour ulcère de décubitus, sacrum, ischion, trochanter (PG-28)	850,00	8

		R = 1	R = 2
GREFFE PÉDICULÉE (À DISTANCE)			
	stage majeur :		
01380	directe ou en tube incluant fermeture de la région donneuse (PG-28)	175,00	6
01381	directe avec greffe libre à la région donneuse (PG-28)	225,00	7
	stage secondaire :		
01382	transfert intermédiaire, section du pédicule et fermeture directe (PG-28)	125,00	6
01383	section du pédicule ou fermeture tardive (PG-28)	100,00	5
01384	préparation d'un lambeau en vue d'une greffe cutanée à distance	52,00	4
GREFFE LIBRE			
01362	bout du doigt (PG-28)	150,00	6
01363	doigt, plus qu'une phalange (PG-28)	200,00	6
01364	transfert d'un orteil à une main, sous microscope, incluant tous les services	2 535,00	18
	tête et cou :		
01350	moins de 25 cm carrés (PG-28)	300,00	6
01351	25 cm carrés à 50 cm carrés (PG-28)	400,00	6
01352	plus de 50 cm carrés (PG-28)	500,00	6
	dans une cavité :		
01355	orbite avec greffe muqueuse	195,00	5
+01356	cavité nasale (PG-28)	250,00	5
01357	cavité buccale	304,50	5
01358	sous une greffe pédiculée	135,00	4
01359	cavité osseuse importante	225,00	5
	autres régions :		
01341	moins de 6 cm carrés (PG-28)	180,00	5
01342	de 6 cm carrés à 60 cm carrés (PG-28)	260,00	5
01343	de 60 cm carrés à 600 cm carrés (PG-28)	480,00	5
	chaque 6 cm carrés excédant 600 cm carrés	5,00	
	maximum par séance	800,00	
<u>AVIS</u> : Le chiffre inscrit dans la case UNITÉS doit correspondre au nombre de tranches de 6 cm excédant 600 cm plus 1.			
01385	lambeau neuroinsulaire mineur (Island Flap) v.g. lambeau cutané digital sur pédicule, lambeau cuir chevelu pédiculé sur artère temporale pour reconstruction du sourcil (PG-28)	500,00	8
01423	lambeau neuroinsulaire majeur v.g. pédieux, dorsal, intercostal	1 100,00	15
+	NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		
01424	lambeau d'épiploon pédiculé avec greffe cutanée	1 300,00	15
01425	lambeau libre microanastomosé incluant un ou plusieurs pédicule(s) vasculaire(s)	1 800,00	18

Spécialistes F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES

		R = 1	R = 2
01426	pédicule neurovasculaire, un ou plusieurs	1 575,00	18
01427	cutané, supplément	110,00	
01428	musculaire, supplément	110,00	
01429	osseux, supplément	115,50	
01430	avec greffe (incluant la prise du greffon artère ou veine ou les deux), supplément	173,30	
01431	nerveuse, supplément.	115,50	
01387	Lambeau jambes croisées	400,00	8
01389	Prélèvement de fascia lata (PG-28)	145,00	7
01395	Injection de graisse pour correction de troubles cicatri- ciels ou déformation cicatricielle (pour remodelage du contour), par séance, incluant les prélèvements	125,00	6
<u>AVIS :</u> Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code 01395 est facturé.			
01396	Greffe adipeuse provenant de l'abdomen lors de désépi- physiodèse, supplément	77,00	
DERMABRASION : SABLAGE			
<u>AVIS :</u> Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01310, 01311 et 01312 sont réclamés pour des cicatrices situées ailleurs qu'à la face ou au cou.			
	Dermabrasion : pour exérèse de cicatrice, tatouage :		
01310	plus de 50 cm carrés (PG-28)	150,00	6
01311	de 25 cm à 50 cm carrés (PG-28)	100,00	6
+01312	de 0 à 25 cm carrés (PG-28)	75,00	5
CORRECTION CHIRURGICALE OU AU LASER DE CICATRICES POST-TRAUMATIQUES OU CHIRURGI- CALES			
<u>AVIS :</u> Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01405, 01406, 01416 et 01417 sont réclamés pour des cicatri- ces situées ailleurs qu'à la face ou au cou.			
	correction d'une ou plusieurs cicatrices post-traumati- ques ou chirurgicales :		
+01405	moins de 4 cm (PG-28)	70,00	6
+01406	de 4 cm à 10 cm (PG-28)	100,00	6
01416	de 11 cm à 20 cm (PG-28)	150,00	6
+01417	de 21 cm et plus (PG-28)	200,00	6

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
SEINS			
<i>Incision</i>			
01011	Drainage d'abcès mammaire, unique ou à logettes	94,50	6
<i>Excision</i>			
01201	Biopsie incisionnelle ou excisionnelle pour lésion bénigne ou maligne simple ou multiple du sein	136,70	6
01250	après localisation par harponnage ou par stéréotaxie, supplément.	41,80	
01205	Mastectomie partielle ou tumorectomie pour pathologie bénigne ou maligne, incluant la biopsie à la même séance, le cas échéant.	260,00	6
01251	après localisation par harponnage, supplément.	41,80	
01252	avec procédure du ganglion sentinelle, supplément . .	100,00	
01228	avec dissection axillaire, supplément	241,50	
01230	Mastectomie simple ou totale	367,50	6
01231	Mastectomie radicale ou radicale modifiée	604,00	6
01232	Mastectomie radicale avec évidement mammaire interne	604,80	8
01233	Mastectomie simple chez l'homme pour gynécomastie unilatérale.	241,50	6
01234	bilatérale.	345,00	6
NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour les patients de plus de 18 ans.			
<u>AVIS</u> : Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque le code d'acte 01233 ou 01234 est facturé.			
01176	Capsulectomie totale du sein, incluant l'exérèse de la prothèse (PG-28).	120,00	4
NOTE : Joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique.			
01235	Excision du mamelon	52,00	5

Réparation

+ NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 % (MOD=014).
 Cette note s'applique aussi aux actes codés 01423, 01463 et 01464.

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie lorsque les codes 01386, 01388, 01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465 sont facturés. Il en va de même pour les codes 01434 et 01435 dans les cas d'asymétrie mammaire.*

Lorsque le code 01435 est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, indiquer le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Toutefois, toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein contralatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 01386, 01388, 01401, 01402, 01403, 01407, 01410, 01419, 01434, 01463, 01464, 01465, lambeaux ou autres greffes. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

01401	Reconstruction mammaire avec prothèse unilatérale. . .	450,00	6
01402	Reconstruction mammaire avec lambeau TRAM (incluant la reconstruction de la paroi abdominale avec mèche, le cas échéant)	1 500,00	10
01407	Reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal sans implant	1 100,00	10
01410	avec implant	1 325,00	10
	NOTE : Aucun autre acte chirurgical ne peut être facturé à la même séance et au même site.		
01403	avec greffe de mamelon, supplément.	192,50	

F - PEAU - PHANÈRES TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET MUQUEUSES **Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	Reconstruction du mamelon ou de l'aréole		
+01386	par greffe (PG-28)	310,00	5
+01388	par tatouage (PG-28)	310,00	5
+01329	par lambeau, un ou plusieurs, supplément	200,00	
	<u>AVIS :</u> Toute intervention chirurgicale reliée à un processus de reconstruction mammaire post mastectomie pour tumeur maligne, que ce soit sur le sein mastectomisé ou sur le sein controlatéral, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes 01386 et 01388. Dans ce cas, inscrire la mention « Post mastectomie » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
01434	Réduction mammaire unilatérale	435,00	6
	NOTE : Ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes).		
01435	bilatérale (PG-28)	650,00	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	130,00	
01465	Mastopexie	435,00	6
01408	Exérèse de prothèse mammaire (PG-28)	100,00	4
01409	Décompression chirurgicale de capsule fibreuse du sein suite à une reconstruction mammaire autorisée par la Régie (PG-28)	290,00	5
+01419	Changement de prothèse mammaire (autorisation de la Régie requise) (PG-28)	400,00	5
	GLANDES SUDORIPARES AVEC OU SANS GREFFE PAR GLISSEMENT		
	Exérèse des glandes sudoripares pour hyperhidrose ou pour hidrosadénite suppurée		
01432	sans greffe (PG-28)	131,30	5
+01433	avec greffe	440,00	5
	FISTULE CUTANÉE		
01414	Exérèse de fistule cutanée superficielle sus-aponévrotique	94,50	5
01415	Profonde sous-aponévrotique	120,00	5

CHIRURGIE PLASTIQUE

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie et joindre le compte rendu opératoire lorsque les codes d'acte 01460, 01463 et 01464 sont réclamés.*

Ces prestations sont payées en vertu de la règle 16 du préambule général. Dans ces cas, le médecin s'inspire de l'échelle suivante :

#	AVIS : <i>Les codes d'acte 01451, 01452, 01453, 01454, 01455, 01460 et 01461 sont des codes d'acte négociés C.S. au tarif (voir la règle 16 du préambule général). Les honoraires inscrits pour ces actes ne le sont qu'à titre de référence.</i>		
01451	Intervention très mineure (PG-28)	35,00	5
01452	Intervention mineure (PG-28)	100,00	6
01453	Intervention moyenne (PG-28)	129,00	6
+01454	Intervention majeure (PG-28)	175,00	6
01455	Intervention très importante (PG-28)	C.S	9
	AVIS : <i>Voir la règle 16 du préambule général.</i>		
01460	Modelage facial après paralysie du nerf facial seulement	500,00	6
01461	Cure de lymphoedème, avec ou sans greffe cutanée . .	C.S.	10
	AVIS : <i>Voir la règle 16 du préambule général.</i>		
01459	Implantation de matière allogène : À la face pour combler dépression post-traumatique (PG-28)	131,30	5
01462	Implantation de prothèse de silicone au niveau du nez (PG-28)	115,00	4
01463	Mise en place sous-cutanée, d'une prothèse gonflable de distension cutanée (PG-28)	500,00	5
	NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		
01000	Gonflement(s) subséquent(s), par séance	45,00	4
01464	Remplacement d'une prothèse gonflable par une prothèse permanente (PG-28)	550,00	5
	NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les reconstructions mammaires, la chirurgie principale de même nature et les chirurgies de symétrisation au niveau du sein contralatéral et faites par une incision différente sont payées à 90 %. (MOD=014)		

Dans le cas où les deux fractures sont en relation avec une articulation, on accorde le plein tarif pour chaque fracture. (MOD=029)

3.3 Pour toutes les chirurgies orthopédiques bilatérales, au niveau des membres, excluant les fractures, la chirurgie principale de même nature au niveau du deuxième membre est payée à 90% plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=134)

Également, pour toutes les chirurgies orthopédiques au niveau de la colonne vertébrale comportant une approche antérieure et postérieure à la même séance, la deuxième approche est payée à 90 % plutôt qu'à demi-tarif. (MOD=150)

RÈGLE 4.

4.1 L'honoraire pour le traitement d'une fracture ouverte est majoré de la moitié, s'il y a réduction ouverte. (MOD=039)

Lorsqu'il y a reconstruction des tissus mous, des éléments neurovasculaires, des tendons ou des ligaments, ces interventions sont incluses dans l'honoraire de la réduction de la fracture qui est alors doublé. (MOD=020)

Toutefois, s'il y a micro-anastomose neurovasculaire, la règle 4 ne s'applique pas : on paie alors chaque reconstruction suivant le tarif habituel.

Les honoraires accordés pour les reconstructions ne peuvent dépasser le tarif de la réimplantation.

RÈGLE 5.

5.1 Le chirurgien qui doit reprendre une réduction fermée a droit au plein tarif, pour la seconde réduction. Il n'a pas droit au paiement d'une réduction fermée additionnelle.

RÈGLE 6.

6.1 Le chirurgien n'a pas droit au paiement d'honoraires pour une réduction fermée lorsqu'il pratique une réduction ouverte au même site, lors de la même séance.

+ RÈGLE 7.

7.1 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique osseuse ou ostéo-cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=030)

7.2 On accorde un honoraire de 63,90 \$ pour le prélèvement d'une autogreffe hétérotopique cartilagineuse lors d'une chirurgie. (MOD=064)

7.3 On accorde un honoraire de 127,80 \$ pour le prélèvement d'une greffe tendineuse lors d'une chirurgie de reconstruction. (MOD=169)

RÈGLE 8.

8.1 La réfection du moignon sans raccourcissement osseux, la saucérisation de l'os ou son ruginage sont payés au tarif de la réparation de plaie.

RÈGLE 9.

9.1 Le chirurgien a droit aux honoraires pour exérèse de broches ou de fils seulement s'il y a anesthésie et incision de la peau.

Par anesthésie, on entend tout type d'anesthésie, y inclus l'anesthésie locale.

AVIS : *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**RÈGLE 10.
FORFAIT POUR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE**

Pour le médecin classé en orthopédie, les cas de chirurgie oncologique d'une durée anesthésique de quatre heures ou plus sont rémunérés sous forme de forfait. Aucun autre honoraire ne peut être réclamé par un médecin de la même discipline à l'égard de ce patient dans la même journée. Toutefois, le médecin assistant a droit aux honoraires prévus à la règle 10 de l'addendum 4 - Chirurgie.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif au cours de la durée anesthésique de la chirurgie. En dehors de la durée anesthésique de la chirurgie, le médecin peut réclamer le paiement d'honoraires pour les services qu'il dispense.

AVIS : Voir les codes d'acte 02188, 02189, 02192, 09566 et 09567.

RÈGLE 11.

11. Lors d'une ostéotomie et d'une ostéosynthèse d'un même os à la même séance, l'honoraire de l'un comprend l'honoraire de l'autre.

RÈGLE 12.

12. La biopsie osseuse ou des tissus mous par voie ouverte, réclamée le même jour que la chirurgie principale, est rémunérée à demi-tarif s'il y a analyse extemporanée (MOD=172).

Le médecin doit joindre le rapport anatomo-pathologique.

AVIS : Joindre le rapport anatomo-pathologique.

Pour l'utilisation des multiples du modificateur 172, veuillez vous référer à l'onglet Rédaction de la demande de paiement du présent manuel.

RÈGLE 13.

13. Le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique et désigné par les parties négociantes est rémunéré sous forme de forfait pour ses activités dans le cadre du Programme national pour les victimes de traumatismes par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence.

Ce forfait constitue un mode de rémunération exclusif et inclut la garde en disponibilité. Aucuns autres honoraires ne peuvent être réclamés par un médecin spécialiste classé en chirurgie plastique ou en chirurgie orthopédique à l'égard des patients vus par le médecin réclamant le forfait sauf pour l'assistance opératoire.

AVIS : Voir les codes d'acte 19052, 18000 à 18006.

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

CRÂNE ET FACE*Arthrocentèse*

18130	articulation temporo-mandibulaire unilatérale (PG-28) . .	150,00	5
-------	---	--------	---

Arthroplastie

02339	temporo-mandibulaire unilatérale	474,60	6
-------	--	--------	---

Biopsie

09550	ouverte (unique ou multiple) (PG-28)	155,00	6
-------	--	--------	---

Manipulation sous anesthésie générale

02862	temporo-mandibulaire	60,00	5
-------	--------------------------------	-------	---

Excision

+ 02206	condylectomie unilatérale	236,30	5
09551	tumeur bénigne (PG-28)	274,00	6
09552	tumeur bénigne avec greffe osseuse ou cartilagineuse .	376,00	7
+ 02112	hémimandibulectomie	300,00	7
02203	mandibulectomie totale	450,00	8
02204	maxillectomie supérieure totale	450,00	8
02205	maxillectomie supérieure avec évidement de l'orbite . .	644,20	12
+ 02207	ménissectomie temporo-mandibulaire	287,60	5

Fractures

02512	arcade zygomatique : réduction ouverte	105,40	5
	crâne traitement opératoire (non soumis à la règle 4 de l'addendum du musculo-squelettique)		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
	fracture simple avec enfoncement		
07500	dure-mère intacte	407,40	10
07501	avec déchirure de la dure-mère	467,90	10
07502	avec traumatisme cérébral important	456,90	10
07503	intéressant les sinus	550,00	10
07504	plastie de la dure-mère avec greffe pour hydrorrhée	450,00	10
	fracture ouverte avec enfoncement		
07505	dure-mère intacte	370,00	10
07506	avec déchirure de la dure-mère	463,00	10
07507	avec traumatisme cérébral important (corps étranger, hématome, etc.)	560,00	15
18131	mise en place d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	200,00	4
18132	exérèse d'une ou plusieurs arches dentaires au maxillaire supérieur ou au maxillaire inférieur	75,00	4
02505	immobilisation par bandage de Barton ou autre	20,00	
02509	réduction fermée	50,00	4
	réduction ouverte, fracture unique ou multiple		
02520	unilatérale	500,00	6
02521	bilatérale	750,00	8
02517	condylectomie (pour fracture du condyle)	210,90	5
+ 02523	méniscectomie	288,90	5
02524	ablation de l'apophyse coronoïde	98,40	5
	maxillaire supérieur		
02508	réduction fermée	50,00	5
02515	réduction ouverte	165,00	7
02516	fracture 1/3 moyen de la face	800,00	10
02518	disjonction cranio-faciale	600,00	12
	nez		
02527	réduction (PG-28)	120,00	4
	os malaire		
02507	réduction fermée	125,00	6
	réduction ouverte		
02513	simple	200,00	5
02514	avec ostéosynthèse	400,00	5
02522	par voie sinusale	236,30	5
	<i>Incision et drainage</i>		
02113	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, crâne	472,50	4
09553	fenestration, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe, face (PG-28)	254,10	4
	<i>Luxation</i>		
	temporo-mandibulaire		
02525	réduction fermée (PG-28)	60,00	5
+ 02526	réduction ouverte	130,00	5

		R = 1	R = 2
Ostéotomie			
02017	maxillaire inférieur unilatéral	600,00	8
	maxillaire supérieur unilatéral		
02018	sans greffe osseuse (PG-28)	550,00	10
02019	avec greffe osseuse	700,00	15
02009	ostéotomie dento-alvéolaire	450,00	10
02031	complexe, mouvement antérieur ou postérieur de segments dentaires en 2 ou plusieurs sections	736,30	10
	reconstruction totale de l'orbite		
	ostéotomie et greffe osseuse		
02089	par voie intracrânienne	1 080,00	18
02090	par voie extracrânienne	1 008,00	15
Reconstruction			
02048	greffe osseuse avec ou sans cartilage au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer)	350,00	12
02367	greffe cartilagineuse au visage (autogreffe prise à un site différent de la zone à greffer) (PG-28)	349,00	12
	NOTE : Le septum est partie intégrante du nez.		
	correction d'hypertélorisme		
02443	voie intracrânienne	2 202,00	18
02444	voie extracrânienne	1 917,40	18
02099	correction d'un moignon d'amputation pulsatile, avec microanastomoses	420,00	10
	avancement total du maxillaire		
02479	(ostéotomie Le Fort III avec greffe osseuse)	1 675,00	18
	ostéotomie du maxillaire supérieur et avancement		
	(ostéotomie Le Fort I ou II avec greffe osseuse)		
02446	simple	1 100,00	15
02447	en deux segments	1 200,00	15
02448	en trois segments ou plus, incluant la chirurgie septale, le cas échéant	1 365,00	18
+ 02337	implantation de prothèse maxillaire ou mandibulaire	450,00	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; elle est payée de la façon suivante sauf dans les cas de réduction ouverte de fracture de la colonne :

02169	approche abdominale :	182,80\$
02170	approche thoracique :	421,80\$
02171	approche thoraco-abdominale:	632,70\$

Le tarif de l'approche n'est pas sujet à l'article 8.1 de l'Addendum 4 de Chirurgie.

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe			
	greffe seulement		
02915	un niveau	677,50	10
02916	deux niveaux	677,50	10
02917	trois niveaux ou plus	813,00	12
	greffe avec instrumentation		
02182	un niveau	948,50	12
02183	deux niveaux	948,50	12
02184	trois niveaux ou plus	1 082,70	15
02213	Mise en place d'un fixateur externe vertébral par approche percutanée (insertion d'au moins quatre tiges filetées)	337,50	6
02223	exérèse (si fait sous anesthésie générale)	127,80	4
Biopsie			
02119	corps vertébral	326,00	7
02109	d'un élément postérieur	168,70	4
Décompression			
	Décompression de la moelle ou de la queue de cheval intéressant deux niveaux ou plus, sans ouverture de la dure-mère, dans les cas de pathologie dégénérative, congénitale, post-traumatique consolidée (plus de 30 jours), incluant, le cas échéant, l'exploration discale, la discoïdectomie, l'exérèse de la pachyméningite, la for- aminotomie et la capsulotomie		
02755	lombaire	589,00	15
02758	dorsale ou cervicale	800,00	15
02763	avec greffe, supplément	275,00	
02830	avec greffe et instrumentation à deux niveaux, supplément	492,10	
02832	avec greffe et instrumentation à trois niveaux ou plus, supplément	562,40	
	NOTE : Lorsqu'une arthrodèse vertébrale est effectuée à la même séance qu'une décompression de la moelle ou de la queue de cheval (actes codés 02755 et 02758) par des médecins de spécialités différentes, le médecin qui procède à l'arthrodèse doit utiliser les codes d'acte prévus sous la sous-rubrique « Arthrodèse vertébrale, incluant la greffe ».		
	avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)		
02837	un niveau, supplément	632,70	
02838	deux niveaux ou plus, supplément	703,00	
	NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.		

		R = 1	R = 2
Discoïdectomie incluant la laminectomie au même niveau, le cas échéant			
NOTE : Le tarif d'une discoïdectomie ne peut s'ajouter à celui d'une autre chirurgie au même site.			
voie postérieure			
sans greffe			
	cervicale ou dorsale		
02210	un niveau	575,00	12
02217	deux niveaux ou plus	675,00	12
	lombaire		
+ 02216	un niveau	630,00	8
	chaque niveau additionnel	97,50	
<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
avec greffe			
	cervicale ou dorsale		
02910	un ou plusieurs niveaux	940,80	12
	lombaire		
02922	un niveau	813,00	12
02924	deux niveaux ou plus	948,50	12
avec greffe et instrumentation			
	cervicale ou dorsale		
02923	un ou plusieurs niveaux	797,50	15
	lombaire		
02022	un niveau	948,50	12
02024	deux niveaux ou plus	1 082,70	15
voie antérieure			
cervicale			
	avec ou sans greffe		
02173	un niveau	750,00	12
02196	deux niveaux ou plus	950,00	12
	avec greffe et instrumentation		
02140	un niveau	825,00	15
18133	deux niveaux ou plus	1 075,00	15
	avec remplacement par prothèse artificielle		
18134	un niveau	950,00	15
18135	deux niveaux	1 200,00	15
dorsale ou lomboire			
	sans greffe		
02087	un niveau	557,30	12
02111	deux niveaux ou plus	547,20	12
	avec greffe		
02117	un niveau	813,00	12
02124	deux niveaux ou plus	948,50	12
	avec greffe et instrumentation		
02128	un niveau	948,50	12
02136	deux niveaux ou plus	1 082,70	12
	avec remplacement par prothèse		
02942	un niveau	1 022,60	12
02947	deux niveaux ou plus	1 278,30	15

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
02123	apophyse épineuse.....	168,70	5
02272	apophyse transverse.....	591,80	8
02274	partielle d'un corps vertébral ou d'un pédicule ou les deux.....	948,50	12
02211	Excision complète d'un corps vertébral, remplacement par une prothèse incluant les discoïdectomies.....	1 008,00	18
02221	greffe et instrumentation, supplément avec greffe intersomatique par voie postérieure incluant la prothèse, etc. (P.L.I.F.)	385,00	
02142	un niveau, supplément.....	545,00	
02143	deux niveaux ou plus, supplément.....	605,60	
NOTE : Un seul de ces suppléments est applicable par médecin, par patient et par séance.			
<i>Exérèse</i>			
02313	tiges ou plaque, colonne vertébrale (autre que scoliose)	423,10	6
<i>Fracture - colonne</i>			
NOTES : 1) S'il y a fracture avec lésion neurologique, le tarif est majoré de 25 %; (MOD=057)			
2) Lors d'une approche combinée, (antérieure et postérieure), le modificateur 150 s'applique; (MOD=150)			
3) Si l'approche chirurgicale est faite par un chirurgien d'une spécialité différente, le temps orthopédique donne droit au deux tiers du tarif (MOD=058) et l'autre temps à un tiers du tarif (MOD=059).			
09569	fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale, de la colonne thoracique ou de la colonne lombaire réduction fermée et plâtre, corset ou traction squelettique (sous anesthésie ou sédation).....	338,70	6
réduction ouverte			
09570	approche postérieure.....	463,00	18
09571	approche postérieure avec greffe osseuse.....	636,00	18
09572	approche postérieure avec instrumentation.....	948,50	18
09573	approche postérieure avec instrumentation et greffe ..	1 082,70	18
09574	approche antérieure.....	557,30	18
09575	approche antérieure avec greffe osseuse.....	813,00	18
09576	approche antérieure avec instrumentation.....	672,00	18
09577	approche antérieure avec instrumentation et greffe ...	1 082,70	18

AVIS : Le modificateur 150 s'applique aux codes d'acte 09570 à 09577.

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
02226	vissage de l'odontoïde	925,00	18
02582	fracture sacrum réduction ouverte	338,70	5
02214	coccyx excision	168,70	5
<i>Incision et drainage</i>			
02044	séquestrectomie et drainage par voie antérieure	813,00	10
02045	par voie postérieure	492,10	6
02026	costo-transversectomie pour abcès paravertébral avec ou sans fistulectomie cutanée ou osseuse	677,50	12
<i>Ostéotomie</i>			
02025	de la colonne un niveau	1 079,90	12
	chaque niveau additionnel	171,30	
	maximum	1 422,50	
	avec greffe		
02003	un niveau, supplément	338,70	
02004	deux niveaux, supplément	338,70	
02005	trois niveaux ou plus, supplément	406,50	
	avec greffe et instrumentation		
02133	un niveau, supplément	474,20	
02134	deux niveaux, supplément	474,20	
02135	trois niveaux ou plus, supplément	543,30	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITES.			
<i>Ponction (aspiration, injection)</i>			
02329	chémonucléolyse, un niveau, incluant la discographie, le même jour	357,90	6
+ 02298	chémonucléolyse, deux niveaux ou plus, incluant la discographie, le même jour	338,70	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Scoliose</i>			
	correction par approche postérieure du rachis sans instrumentation (in situ)		
02450	premier niveau	674,90	12
	niveau additionnel	126,50	
	maximum	801,40	
<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
02343	avec instrumentation segmentaire de Luke ou de Cotrel-Dubousset incluant la greffe, le cas échéant . . .	1 518,60	18
02166	extension de l'instrumentation au bassin et/ou au sacrum, supplément	421,80	
<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
	correction par approche antérieure du rachis sans instrumentation		
02458	thoracique ou abdominale	677,50	15
02459	thoraco-abdominale	813,00	18
02460	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	168,70	
	avec instrumentation		
02461	thoracique ou abdominale	1 353,70	15
02462	thoraco-abdominale	1 523,70	18
02463	avec greffe tibiale ou péronière, supplément	147,60	
	correction par thoracoscopie (le supplément de l'approche antérieure ne s'applique pas)		
02228	premier niveau	524,10	12
02229	par niveau relâché et greffé, supplément	70,30	
<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS.			
	excision totale de vertèbre ou d'hémivertèbre		
02283	temps antérieur	1 018,40	18
02284	temps postérieur	728,00	18
02293	temps combinés	1 380,50	18
02340	avec instrumentation et greffe, supplément	492,10	
02341	exérèse d'instrumentation de tout type pour correction de scoliose	536,90	8
02399	relâchement musculotendineux de la concavité	265,00	6
NOTE : L'acte codé 02399 ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
02362	révision pour pseudarthrose sans instrumentation un niveau	674,90	6
	niveau additionnel	171,30	
	<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de niveaux dans la case UNITÉS		
	NOTE : La révision pour pseudarthrose avec instrumentation est payable selon le code d'acte d'instrumentation segmentaire.		
02369	thoracoplastie	397,00	7
02532	correction de cyphoscoliose dorso-lombaire, avec myé- loméningocèle incluant l'excision des vertèbres, l'exci- sion de la cyphose, la correction du myéломéningocèle, l'insertion de l'instrumentation et la transposition de la moelle, greffe, etc.	925,00	18
02856	tractions pour scoliose installation d'un appareil Halo, sans traction consécu- tive	132,00	
02686	installation d'un appareil Halo, avec traction de n'importe quel type incluant la surveillance	338,70	7
09555	exérèse de l'appareillage	140,60	5
02860	contention plâtrée pour scoliose ou spondylolisthésis . .	168,70	

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
THORAX			
<i>Biopsie</i>			
02066	costale ouverte	180,00	6
<i>Excision</i>			
02114	de première côte	320,00	6
02116	de côte cervicale	336,00	6
de côte avec drainage			
02167	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes)	315,00	6
02168	exérèse d'une tumeur du gril costal ou du sternum (y compris les côtes) avec reconstruction	823,20	10
<i>Fracture</i>			
02539	de côtes, avec complication	C.S.	8
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
du sternum			
02533	réduction fermée	140,60	4
02535	réduction ouverte	182,00	7
+ 02540	stabilisation ouverte de la paroi thoracique	310,00	7
<i>Reconstruction</i>			
02503	correction de pectus carinatum ou excavatum (sterno- chondroplastie)	806,40	15
02504	réparation simple de proéminence cartilagineuse ou costale	162,80	6
BASSIN			
<i>Amputation</i>			
02215	hémipelvectomy	960,00	15
09560	hémipelvectomy avec greffe du bassin	2 626,80	18
<i>Arthrodèse</i>			
02935	sacro-iliaque	591,80	8
<i>Biopsie osseuse</i>			
02062	ouverte	254,40	5
<i>Désinsertion</i>			
+ 02029	désinsertion musculaire de la face externe du bassin (Yount, Soutter)	331,00	6

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+ 02130	tumeur bénigne sans greffe	423,10	8
02131	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	591,80	10
02132	tumeur maligne sans greffe	397,00	8
02137	tumeur maligne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	735,00	10
<i>Exérèse</i>			
18079	de plaque et vis, bassin ou acétabulum	226,00	8
18080	de vis, bassin ou acétabulum	168,70	6
<i>Fractures</i>			
symphyse pubienne			
réduction ouverte			
18081	avec fixateur externe	511,30	7
18082	avec plaque et vis	677,50	7
fracture du sacrum ou fracture luxation sacro-iliaque ou luxation sacro-iliaque ou fracture de la crête iliaque extra-articulaire			
18083	réduction fermée et fixation percutanée	735,00	7
02572	réduction ouverte	894,80	8
acétabulum			
02581	réduction fermée, luxation centrale	217,30	6
18084	réduction ouverte avec vis ou plaque et vis mur postérieur isolé	945,90	8
02580	avec présentation tardive (après 21 jours), incluant ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 840,70	18
fracture de une ou deux colonnes			
18085	réduction fermée et fixation percutanée	862,80	8
NOTE : L'acte codé 18085 ne peut pas être facturé avec un autre acte de fracture du bassin à la même séance.			
réduction ouverte			
18086	par abord de Smith-Peterson ou Kocher ou Stoppa et fixation par plaque et vis	1 353,70	15
18087	par abord ilio-inguinale, triradiée ou ilio-fémorale étendue ou 2 abords	1 610,60	15
02707	malunion, pseudarthrose ou présentation tardive (21 jours, Malgaine) incluant approche antérieure et postérieure, ostéotomie du cal, ostéosynthèse et greffe	1 840,70	18
<i>Greffe osseuse</i>			
02774	greffe osseuse au bassin	360,00	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Incision et drainage</i>			
18088	abcès d'ostéomyélite, fenestration ou forage, séquestrectomie, saucérisation avec ou sans greffe	252,00	5
<i>Ostéotomie</i>			
02000	type Salter	813,00	6
02001	type Chiari ou « shelf »	948,50	8
02002	type Ganz ou Steel (multiples traits d'ostéotomie)	1 288,50	18
EXTRÉMITÉS - MEMBRES SUPÉRIEURS			
ÉPAULE			
<i>Amputation</i>			
02281	désarticulation gléno-humérale	677,50	6
02282	désarticulation interscapulo-thoracique	1 030,80	10
<i>Arthrodèse</i>			
+ 02925	gléno-humérale	948,50	10
02965	scapulo-thoracique	948,50	10
<i>Arthrolyse</i>			
02973	gléno-humérale, toute technique	415,40	8
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
<i>Arthroplastie</i>			
+ 02370	hémi-arthroplastie gléno-humérale	677,50	10
02407	prothèse totale gléno-humérale	948,50	12
<i>Arthroplastie de remplacement</i>			
18089	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse humérale et glénoïdienne et, le cas échéant, l'ostéotomie humérale ou la fenêtre	1 233,50	15
+ 18090	en deux temps premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et stabilisation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 022,60	12
18091	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 022,60	12

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
18092	remplacement de la composante glénoïdienne seulement (incluant le changement de la tête humérale modulaire, le cas échéant)	677,50	10
18093	remplacement de la composante humérale complète seulement	807,90	12
18094	avec allogreffe en bloc à l'humérus ou à la glène, supplément	294,00	3
18095	avec allogreffe en bloc à l'humérus et à la glène, supplément	447,40	4
	NOTE : Aucun autre acte de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> ne peut être facturé au même site, à la même séance, à l'exception des actes codés 18094 et 18095.		
<i>Arthroscopie</i>			
02034	simple gléno-humérale incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale et le lavage	217,90	5
02035	gléno-humérale avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants : débridement articulaire exérèse de souris ou de corps étranger	288,20	6
<i>Arthrotomie</i>			
02037	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire : gléno-humérale	338,70	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		
<i>Biopsie</i>			
02084	clavicule ou omoplate à l'aiguille	140,60	4
02085	ouverte	254,40	6
<i>Examen et manipulation</i>			
02833	Examen et manipulation sous anesthésie au bloc opératoire	140,60	4
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+ 02120	acromioplastie ou acromiectomie ouverte ou par voie arthroscopique incluant, le cas échéant, la bursectomie, la ménisectomie acromio-claviculaire, l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule et le curetage tendineux.	326,00	6
+ 02115	extrémité distale ou proximale de la clavicule incluant la ménisectomie, le cas échéant	268,40	6
+ 02220	tête humérale.	338,70	6
02778	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe incluant, le cas échéant, l'excision d'os omovertébral.	326,00	6
02779	tumeur bénigne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	507,50	6
02780	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate sans greffe	507,50	7
02781	tumeur maligne de la clavicule ou de l'omoplate avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	511,30	8
<i>Exérèse</i>			
02974	clou, broche, vis à la clavicule ou à l'omoplate (PG-28) .	140,60	5
AVIS : Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).			
02975	plaque à la clavicule ou à l'omoplate	198,10	6
02976	de prothèse simple incluant, le cas échéant, la synovectomie	507,50	6
02977	de prothèse totale incluant, le cas échéant, la synovectomie	677,50	6
<i>Fracture</i>			
+ 02537	clavicule réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie.	447,40	6
02536	omoplate réduction ouverte, col et/ou glène	536,90	7
<i>Greffe</i>			
02346	greffe osseuse ouverte à la clavicule ou à l'omoplate . . . NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site.	338,70	5

		R = 1	R = 2
<i>Luxation</i>			
18096	acromio-claviculaire		
	réduction fermée et fixation percutanée.	198,10	5
02548	réduction ouverte.	447,40	6
	gléno-humérale		
+ 02546	réduction fermée (PG-28).	113,00	5
+ 02549	réduction ouverte.	613,60	6
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site.		
	cure d'instabilité récidivante (ouverte ou par voie arthroscopique)		
02573	de type Magnuson ou Putti-Platt.	435,90	6
02575	de type Bankart ou Bristow.	639,10	6
18097	fixation transosseuse de lésion « slap ».	435,90	6
02576	révision de chirurgie pour instabilité récidivante.	735,00	6
	sterno-claviculaire		
02544	réduction fermée de luxation postérieure seulement, sous-anesthésie au bloc opératoire.	116,00	5
02547	réduction ouverte.	338,70	6
<i>Ostéotomie</i>			
02095	clavicule.	338,70	6
02094	omoplate.	423,10	6
<i>Reconstruction (ouverte ou par voie arthroscopique) incluant la synovectomie, le cas échéant</i>			
+ 02144	pour rupture du tendon du biceps proximal ou ténodèse du biceps isolé incluant, le cas échéant, la transposition du tendon.	326,00	6
02145	pour rupture du tendon du biceps distal.	435,90	6
	coiffe des rotateurs		
18098	réparation ou reconstruction de la coiffe incluant, le cas échéant, l'acromioplastie.	639,10	6
+ 02158	reconstruction ligamentaire acromio ou sterno-claviculaire incluant l'exérèse de l'extrémité distale de la clavicule, le cas échéant.	507,50	6
18099	si ténodèse du biceps associée, supplément	63,90	
<i>Scapulopexie</i>			
02344	pour élévation congénitale (scapula alata).	813,00	8
<i>Synovectomie (ouverte ou par voie arthroscopique)</i>			
02231	gléno-humérale.	415,40	7
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
BRAS (HUMÉRUS)			
<i>Allongement ou correction incluant l'ostéotomie</i>			
+ 02892	Allongement avec ou sans greffe	1 218,20	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02839	un niveau	846,20	12
02840	deux niveaux	1 227,10	15
02841	Correction progressive de déformation angulaire incluant l'ostéotomie	1 044,30	12
<i>Amputation</i>			
02280	au bras	460,20	5
<i>Biopsie osseuse</i>			
02174	à l'aiguille	140,60	5
+ 02175	ouverte	254,40	5
<i>Excision</i>			
tumeur bénigne			
02176	sans greffe	254,40	6
02177	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	591,80	6
02193	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	930,60	15
tumeur maligne			
02178	sans greffe	677,50	7
02179	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	813,00	8
02181	extensive avec reconstruction	847,00	15
02194	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosynthèse et l'autogreffe du site de jonction	1 523,70	18
02195	avec prothèse unipolaire ou totale, supplément	262,00	6
----	excision de la tête humérale	(Voir épaule)	

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
Exérèse			
02318	de clou, vis, fils et broches à l'humérus (PG-28)	140,60	6
AVIS : Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).			
+ 02375	de clou verrouillé à l'humérus avec verrouillage distal incluant, le cas échéant, la réparation de coiffe ou la bursectomie ou les deux	334,90	6
02319	de plaque et vis à l'humérus incluant la neurolyse du nerf radial, le cas échéant	338,70	6
Fasciotomie			
02011	au bras	265,00	6
Fractures			
col chirurgical sans luxation de la tête			
02605	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire .	144,40	6
02568	réduction fermée et fixation percutanée	358,50	7
+ 02630	réduction ouverte incluant l'enclouage rétrograde en bouquet, le cas échéant	664,70	7
col chirurgical avec luxation de la tête			
+ 02606	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire .	198,10	7
02598	réduction fermée et fixation percutanée	359,20	6
+ 02631	réduction ouverte	677,50	7
02655	réduction ouverte avec remplacement de la tête humérale par prothèse	894,80	8
NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.			
trochin-trochiter			
+ 02632	réduction ouverte	423,10	7
diaphyse			
02608	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire .	198,10	6
réduction ouverte :			
+ 02633	avec fixation par plaque et vis ou fixateur externe . .	741,40	7
+ 18100	par enclouage à foyer ouvert ou fermé	639,10	7
18101	verrouillage proximal ou distal ou les deux, supplément	102,30	2
sus ou transcondylienne ou trochlée			
02609	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire .	198,10	6
02640	réduction fermée et fixation percutanée	357,90	6
+ 02634	réduction ouverte incluant, le cas échéant, l'ostéotomie de l'olécrane	767,00	7
condyle, épicondyle ou épitrochlée			
02610	réduction fermée sous anesthésie au bloc opératoire .	140,60	6
02912	réduction fermée et fixation percutanée	288,90	7
+ 02635	réduction ouverte de l'épicondyle ou de l'épitrochlée .	338,70	7
+ 02921	réduction ouverte du condyle	435,90	7

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
	<i>Grefe osseuse</i>		
02363	humérus. NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.	507,50	6
	<i>Incision et drainage</i>		
02990	incision et drainage ou mise à plat d'ostéomyélite	337,50	6
	<i>Ostéotomie</i>		
02033	tous les niveaux incluant le raccourcissement, le cas échéant, ROFI et greffe. NOTE : Ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site, à la même séance.	530,00	6
	COUDE		
	<i>Amputation</i>		
02279	désarticulation au coude	360,00	4
	<i>Arthrodèse</i>		
02927	du coude	591,80	6
	<i>Arthroplastie</i>		
02404	par prothèse totale	948,50	8
18034	remplacement prothèse totale, incluant exérèse de l'ancienne prothèse, effectuée lors de la même séance .	1 140,20	8
	<i>Arthrotomie</i>		
	Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation :		
02039	du coude	168,70	5
02510	du coude pour arthrite septique	338,70	5
02984	arthrolyse huméro-cubitale et radio-humérale par voie ouverte (PG-28)	507,50	8
02913	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	1 128,70	12

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
02985	du coude avec ou sans biopsie (PG-28)	217,30	5
02987	du coude avec exérèse de corps étranger ou de souris articulaire	287,60	5
	NOTE : Le service médical codé 02987 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
02983	Arthrolyse radio-humérale et radio-cubitale	507,50	8
<i>Désinsertion</i>			
02042	épicondyliens ou épitrochléens (PG-28)	168,70	5
<i>Examen et manipulation</i>			
02834	Examen et manipulation (SAG)	140,60	4
	NOTE : Le service médical codé 02834 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Excision</i>			
02222	tête radiale	338,70	6
02230	tête radiale avec remplacement	423,10	6
<i>Exérèse</i>			
02989	de prothèse totale	677,50	6
<i>Luxation</i>			
02662	réduction fermée (PG-28)	144,40	4
	Réparation ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique		
18035	ligament interne ou externe	423,10	5
18036	ligaments interne et externe	507,50	5
18037	installation d'un fixateur externe articulé huméro- cubital pour instabilité persistante, supplément	127,80	
02657	traitement de pronation douloureuse (pulled elbow) (PG-28)	113,00	4
<i>Reconstruction</i>			
	ligamentaire, toute voie d'approche, toute technique, avec greffon incluant son prélèvement		
18038	ligament interne ou externe	507,50	6
18039	ligaments interne et externe	575,20	6
18040	installation d'un fixateur externe articulé huméro- cubital pour instabilité persistante, supplément	127,80	
<i>Synovectomie</i>			
02232	complète du coude, toute voie d'approche (PG-28) . . .	338,70	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
AVANT-BRAS			
<i>Amputation</i>			
02278	amputation	360,00	4
<i>Biopsie - radius ou cubitus</i>			
02991	à l'aiguille	140,60	4
02992	ouverte	254,40	6
<i>Excision</i>			
09548	olécrane avec ou sans fascia plastie	254,40	6
	tumeur - radius ou cubitus		
+ 02993	tumeur bénigne (PG-28)	168,70	8
02994	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant .	530,00	8
02746	et reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéosyn- thèse et l'autogreffe	742,00	12
02995	tumeur maligne	613,60	8
02996	avec greffe ou remplacement par prothèse incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	813,00	8
02997	résection extensive et reconstruction	948,50	15
02722	avec reconstruction par allogreffe, incluant l'ostéo- synthèse et l'autogreffe	1 082,70	15
02723	avec prothèse, supplément	210,90	2
<i>Exérèse</i>			
02315	plaque et vis - radius (PG-28)	254,40	6
02314	plaque et vis - cubitus	168,70	6
02316	plaque et vis - radius et cubitus	338,70	6
02317	clou ou broche - radius ou cubitus (PG-28) (1*)	140,60	5
02998	clou ou broche - radius et cubitus (PG-28) (1*)	147,60	5
<i>Fasciotomie</i>			
02020	un compartiment	423,10	6
02021	deux ou plusieurs compartiments	591,80	6

AVIS : (1*) Inscire le type d'anesthésie effectuée dans la case
DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS
COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 -
Appareil musculo-squelettique).

		R = 1	R = 2
Fractures			
18062	olécrâne réduction fermée (PG-28)	144,40	5
+ 18063	réduction ouverte de Monteggia, apophyse coronoïde, cubitus seul, radius seul, tête ou col du radius	338,70	8
18041	réduction fermée (PG-28)	144,40	6
+ 18042	réduction ouverte fracture - épiphyse distale radius	392,40	8
18064	réduction fermée (PG-28)	144,40	6
18065	réduction ouverte fracture - radius et cubitus	423,10	8
02651	réduction fermé (PG-28)	144,40	5
02652	réduction ouverte réduction fermée et fixation par broche(s)	591,80	8
18043	radius ou cubitus proximal ou distal	198,10	6
Greffe			
+ 02359	cubitus NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	338,70	6
02358	radius NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	338,70	6
02360	radius et cubitus NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.	437,20	8
Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation			
+ 02903	radius	383,50	6
02904	cubitus	398,80	6
02905	radius et cubitus	589,30	8
Ostéotomie incluant, le cas échéant, l'allongement ou le raccourcissement avec ou sans fixation			
+ 02906	radius ou cubitus	423,10	6
02907	radius et cubitus	591,80	8
02543	correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 218,20	12
Reconstruction			
02365	radius et cubitus (incluant reconstruction d'anomalie congénitale de l'avant-bras)	813,00	8

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
MAIN ET POIGNET			
<i>Amputation</i>			
02271	amputation d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt (PG-28)	105,00	6
02273	amputation d'un métacarpien ou désarticulation métacarpo-phalangienne (PG-28)	105,00	6
+ 09581	amputation en rayon d'un métacarpien, incluant les phalanges (PG-28)	205,00	6
+ 02275	amputation de la main transmétacarpienne (PG-28)	255,70	6
+ 02276	désarticulation du poignet (PG-28)	423,10	6
<i>Allongement</i>			
+ 02914	phalanges et métacarpiens un (maximum de 690,30 \$) (PG-28)	230,10	5
<i>Arthrodèse</i>			
+ 02928	pouce (PG-28)	331,00	6
02929	doigt (PG-28)	280,00	6
+ 02926	poignet (PG-28)	463,00	6
<i>Arthrolyse</i>			
02006	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre) (PG-28)	662,00	12
<i>Arthroplastie</i>			
+ 18044	remplacement du cubitus distal par prothèse incluant, le cas échéant, l'exérèse osseuse	423,10	7
+ 02067	correction d'arthropathie carpo-métacarpienne du pouce incluant les gestes osseux, tendineux, ligamentaires, capsulaires, avec ou sans matériau artificiel.	460,00	7
02372	radio-cubitale distale ou du poignet (PG-28)	265,00	7
02409	prothèse totale du poignet (PG-28)	948,50	8
+ 02659	carpe (scaphoïde, semi-lunaire) greffe osseuse ou exérèse et remplacement par prothèse (PG-28)	463,00	7
+ 02373	interphalangienne, métacarpo-phalangienne incluant les transferts des intrinsèques (PG-28)	205,00	7
<i>Arthroscopie</i>			
02956	simple du poignet incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale (PG-28)	198,10	5
02958	avec débridement, supplément	127,80	
02960	avec réparation par suture du ligament fibrocartilagineux, supplément	198,10	
	NOTE : Ces services médicaux ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même poignet.		
	NOTE : Un seul de ces suppléments peut être facturé par séance.		

		R = 1	R = 2
Arthrotomie ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation			
NOTE : Les actes 02038, 02040, 02932 et 02933 ne peuvent s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.			
02040	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . . .	115,00	5
02932	interphalangienne, métacarpo-phalangienne avec arthrite septique (PG-28)	180,00	6
02038	poignet (PG-28)	153,40	5
02933	poignet avec arthrite septique (PG-28)	338,70	6
Biopsie			
02934	à l'aiguille, main et poignet	51,00	4
02939	ouverte, main et poignet (PG-28)	105,00	6
Décompression			
02383	tunnel carpien avec ou sans neurolyse du nerf médian, avec ou sans synovectomie, avec ou sans reconstruction du ligament transverse du carpe, avec ou sans fasciotomie, avec ou sans biopsie, toute technique (PG-28)	145,00	4
NOTE : Synovectomie sur une longueur minimale de 10 cm intéressant au moins deux tendons fléchisseurs (C.S.)			
AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.			
02382	réintervention pour neurolyse du nerf médian au niveau du tunnel carpien (PG-28)	223,70	5
Excision			
+ 02219	carpe, un os ou plusieurs (PG-28)	205,00	6
+ 02895	ménissectomie radio-cubitale	306,80	6
02138	extrémité inférieure (styloïde cubitale ou radiale) ou exostose du cubitus ou du radius (PG-28)	196,90	6
	tumeur bénigne		
02783	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	6
+ 02784	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	171,00	6
02785	carpe (PG-28)	168,70	6
02786	carpe avec greffe (PG-28)	396,30	8
	tumeur maligne		
+ 02787	phalange, métacarpien (PG-28)	199,00	6
+ 02788	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant (PG-28)	288,90	7
02789	carpe (PG-28)	300,00	7
02790	carpe avec greffe ou remplacement par prothèse (PG-28)	536,90	8
02791	résection extensive et reconstruction (PG-28)	560,00	15

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Exérèse</i>			
	prothèse		
+ 02792	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) .	148,30	6
+ 02650	carpe (PG-28)	199,00	6
02793	plaque, vis, clous, fils, etc. - phalanges métacarpiens et carpe (PG-28)	115,50	6
<p><u>AVIS</u> : Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</p>			
<i>Fractures ou luxation</i>			
	carpe, métacarpe		
18045	réduction fermée (PG-28)	140,60	6
18046	chacune additionnelle pour la même main	28,10	
<p><u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.</p>			
18047	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	57,50	
	réduction ouverte		
18048	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	205,00	6
18102	avec plaque et vis (PG-28)	383,50	6
	phalange		
18049	réduction fermée (PG-28)	110,00	5
18050	chacune additionnelle pour la même main	22,00	
<p><u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.</p>			
18051	fixation par broche transosseuse, supplément (PG-28)	25,00	
	réduction ouverte		
18052	avec broche de "Kirchsner" (PG-28)	155,00	6
18103	avec plaque et vis (PG-28)	287,60	6
	scaphoïde, semi-lunaire		
18053	réduction ouverte (PG-28)	423,10	6

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
<i>Fascia</i>			
02554	fasciotomie compartiment interosseux (PG-28) (maximum de 210,00 \$) (1*)	105,00	6
AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			
18136	pour maladie de Dupuytren fasciotomie percutanée palmaire	135,00	5
18137	fasciotomie percutanée digitale	155,00	5
+ 02125	fasciectomy palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	215,00	7
02126	fasciectomy digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	290,00	7
NOTE : Si réintervention pour récurrence des actes codés 02125 ou 02126, une majoration de 50 % est applicable.			
AVIS : Afin de facturer la majoration de 50 %, veuillez utiliser les codes d'acte suivants :			
# 18115	pour maladie de Dupuytren réintervention pour récurrence - fasciectomy palmaire incluant la plastie en Z (PG-28)	322,50	7
18116	réintervention pour récurrence - fasciectomy digitale incluant la plastie en Z (PG-28)	435,00	7
<i>Greffe osseuse ou cartilagineuse ou les deux</i>			
02658	métacarpe, phalange (PG-28)	205,00	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
+ 02674	carpe (semi-lunaire et scaphoïde exceptés (PG-28)	218,60	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
+ 02897	scaphoïde et semi-lunaire (greffe osseuse) (PG-28)	511,30	6
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
18054	greffe vascularisée (incluant ROFI), supplément	153,40	
<i>Incision et drainage, séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation</i>			
02698	phalange, métacarpien (PG-28)	105,00	6
02699	carpe (PG-28)	218,60	7
02704	abcès palmaire et gaine tendineuse (PG-28)	132,00	6
AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.			

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Manipulation d'articulation sous anesthésie générale</i>			
02836	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . . .	21,00	5
02835	poignet (PG-28)	140,60	4
<i>Ostéotomie de correction</i>			
+ 02706	phalange proximale (PG-28)	180,00	5
02713	phalange moyenne (PG-28)	120,00	5
02717	phalange distale (PG-28)	120,00	5
02718	métacarpe (PG-28)	120,00	5
18055	ROFI, supplément	100,00	
<i>Réparation, toute technique</i>			
02898	ligaments métacarpo-phalangiens (PG-28)	180,00	6
+ 02198	ligaments du poignet radio-carpien (PG-28)	240,00	6
<i>Reconstruction ligamentaire</i>			
02726	métacarpo-phalangienne (PG-28)	205,00	6
02160	poignet avec greffe de tissus (PG-28)	195,00	6
<i>Synovectomie</i>			
02227	interphalangienne, métacarpo-phalangienne (PG-28) . . .	105,00	6
02741	poignet (PG-28)	205,00	7
<i>Syndactylie</i>			
02377	avec greffe de commissure (PG-28)	360,00	5
<i>Ténotomie correctrice</i>			
02050	un doigt (PG-28)	134,20	6
+ 02750	ténosynovotomie doigt (Trigger finger) ou poignet (PG-28)	127,80	6

		R = 1	R = 2
EXTRÉMITÉS - MEMBRES INFÉRIEURS			
HANCHE			
<i>Amputation</i>			
02296	désarticulation de la hanche	742,00	12
<i>Arthrodèse</i>			
02936	primaire	948,50	12
02930	post résection de tête fémorale	945,90	15
<i>Arthroscopie</i>			
+ 02419	arthroscopie, avec ou sans biopsie incluant, le cas échéant, résection de corps étranger, souris articulaire ou débridement de labrum (PG-28)	498,50	5
18104	si réinsertion osseuse de labrum, supplément.	217,30	
<i>Arthroplastie (incluant les ténotomies par la même incision, l'autogreffe, la synovectomie et l'ostéotomie du grand trochanter avec sa synthèse)</i>			
+ 02410	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire)	677,50	10
02411	prothèse fémorale ou acétabulaire (incluant prothèse bipolaire) avec exérèse vis, clou-plaque ou prothèse	745,20	10
02333	prothèse totale simple (fémorale et acétabulaire)	944,00	12
02335	prothèse totale simple avec exérèse de clou(s), vis, clou-plaque ou prothèse fémorale.	1 082,70	12
02614	prothèse totale après arthrodèse incluant l'exérèse de clou(s), de vis et de clou-plaque, le cas échéant.	1 353,70	18
02257	prothèse totale dans le cas de luxation congénitale.	1 300,60	18
remplacement de prothèse totale :			
09598	en un seul temps (incluant l'exérèse de prothèse fémorale et acétabulaire et, le cas échéant, l'ostéotomie trochantérienne et l'ostéotomie fémorale ou la fenêtre)	1 233,50	15
en deux temps :			
+ 02251	premier temps (exérèse de prothèse, synovectomie et fixation par ciment ou par prothèse temporaire)	1 022,60	12
02254	deuxième temps (mise en place de prothèse totale incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant)	1 022,60	12
02259	remplacement de composante acétabulaire seulement (incluant le changement de la tête fémorale modulaire, le cas échéant).	677,50	10
02260	remplacement de composante fémorale complète seulement.	808,50	12

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
09599	avec allogreffe en bloc au fémur ou à l'acétabulum, supplément	294,00	3
18011	avec allogreffe en bloc au fémur et à l'acétabulum, supplément	447,40	4
	NOTE : Aucun autre acte d'arthroplastie ne peut être facturé au même site, à la même séance, par un chirurgien de la même discipline sauf les suppléments.		
	Arthrotomie		
02055	ou capsulotomie avec exploration, drainage ou résection de corps étranger ou souris articulaire (ostéochondrite) avec ou sans fixation	507,50	5
	Excision		
	Voir tumeur ou site anatomique		
	Exérèse de prothèse (incluant la synovectomie)		
+ 02320	prothèse simple	507,50	6
02321	prothèse totale	677,50	8
02794	clous ou vis	255,70	6
02795	clou-plaque, plaque et vis	423,10	7
	Luxation		
	traumatique		
02619	réduction fermée sans anesthésie (PG-28)	147,60	
02629	réduction fermée avec anesthésie régionale ou générale (PG-28)	217,90	6
02757	réduction ouverte	677,50	8
	congénitale ou paralytique		
	réduction fermée incluant traction, arthrographie, ténotomie fermée, manipulation et spica		
02747	unilatérale	357,90	6
+ 02748	bilatérale	437,20	6
02702	ostéotomie avec déplacement du bassin avec ou sans fixation	948,50	8
02700	réduction ouverte (incluant spica)	813,00	8
02500	avec ostéotomie du bassin	742,00	10
02501	avec ostéotomie du bassin et du fémur	1 153,00	15
	Examen et manipulation		
02849	sous anesthésie régionale ou générale	127,80	5
	Synovectomie		
02252	complète	677,50	8
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé à la même séance.		

		R = 1	R = 2
Ténotomie			
	adducteurs		
02074	fermée	140,60	4
02079	ouverte	168,70	5
02081	psoas	254,40	5
02086	plusieurs tendons par plusieurs incisions	591,80	6
Transposition et réinsertion tendineuse			
02433	psoas-iliaque	859,00	8
CUISSE			
02434	allongement ou section du fascia lata	168,70	5
02295	amputation de la cuisse	441,00	7
02426	quadriceps plastie (incluant arthrolyse)	813,00	8
02041	fasciotomie fémorale	338,70	5
FÉMUR			
Allongement ou correction incluant ostéotomie			
	Allongement		
02349	avec ou sans greffe	847,00	15
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02376	un niveau	1 218,20	15
02378	deux niveaux	1 411,20	18
02379	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 104,40	12
02484	fasciectomie préalable à l'allongement	338,70	6
Biopsie			
02796	à l'aiguille	140,60	5
+ 02797	ouverte	254,40	6
02719	forage et décompression de la tête fémorale	383,50	6
02720	avec greffe osseuse, supplément	140,60	
NOTE : Les services médicaux codés 02719 et 02720 ne peuvent être facturés avec un autre acte chi- rurgical au même site.			
Épiphysiodèse			
02950	fémur par greffe	591,80	6
02952	fémur et tibia par greffe	677,50	6
+ 02953	fémur par crampons (agrafe)	507,50	6
+ 02955	fémur et tibia par crampons (agrafe)	591,80	6
+ 02798	grand trochanter	296,60	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
+ 02240	tête et col	591,80	6
	tumeur bénigne col et/ou tête		
+ 02799	sans greffe	677,50	8
02801	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	813,00	8
	tumeur bénigne autre que col et/ou tête		
+ 02802	sans greffe	338,70	8
02803	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant . .	677,50	8
02816	avec reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	1 353,70	15
	tumeur maligne		
02808	sans greffe	677,50	8
02811	avec greffe ou remplacement par prothèse	813,00	8
02812	résection extensive et reconstruction	1 523,70	15
02561	par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la réparation, la reconstruction ligamentaire, l'autogreffe du site de jonction	1 523,70	18
02562	avec mise en place de prothèse totale ou unipolaire, supplément	287,60	4
<i>Exérèse de matériel</i>			
02307	bande métallique (une ou plusieurs) ou vis	168,70	6
02302	clou intramédullaire et vis de verrouillage ou plaque et vis	338,70	5
02894	plaque et vis lors d'une autre intervention au fémur, supplément	70,30	3
<i>Fracture</i>			
	col		
18105	réduction fermée	337,50	6
	réduction ouverte		
+ 02687	vis percutanée	507,50	10
02716	clou et plaque	636,60	10
02714	greffe pédiculée de Judet, etc.	811,70	10
+ 02688	remplacement de la tête par prothèse non cimentée . .	636,60	10
02689	par prothèse cimentée, supplément	84,40	
	intertrochantérienne, per-trochantérienne et sous tro- chantérienne		
18106	réduction fermée	337,50	6
02742	réduction ouverte	636,60	10
	diaphyse		
02690	réduction fermée avec ou sans anesthésie (PG-28) . . .	337,50	6
<u>AVIS</u> : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.			
18012	spica plâtré sous anesthésie pour fracture du fémur . .	127,80	5

		R = 1	R = 2
02673	réduction ouverte fixation interne ou externe	813,00	10
09589	enclouage centromédullaire avec clou long incluant le verrouillage proximal pour fracture de diaphyse ou sous-trochantérienne ou sus-condylienne	948,50	10
09590	verrouillage distal, supplément	147,00	2
18107	transcondylienne et/ou sus-condylienne réduction ouverte fixation interne ou externe ou les deux.	813,00	10
Grefe			
02412	os, ostéopériostée, périostée ou de cartilage. NOTE : L'acte codé 02412 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.	507,50	8
Incision			
18108	périoste pour abcès d'ostéomyélite avec ou sans fistu- lectomie cutanée ou osseuse ou forage ou fenestration de la corticale ou séquestrectomie ou mise à plat avec ou sans greffe ou saucérisation.	507,50	6
Ostéotomie			
02091	col fémoral	948,50	10
02092	métaphyse ou diaphyse, fémur.	813,00	8
NOTE : Les actes codés 02091 et 02092 ne peuvent pas être facturés avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.			
Raccourcissement de l'os			
02405	avec ou sans greffe NOTE : L'acte codé 02405 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>musculo-squelettique</i> au même site à la même séance.	948,50	10
Transfert ou transposition			
02625	grand trochanter seul. NOTE : L'acte codé 02625 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'onglet <i>mus- culo-squelettique</i> au même site à la même séance.	703,00	5
Plastie			
02813	plastie de rotation de Borggreve incluant, le cas échéant, la résection tumorale, les plasties vasculo- nerveuses et la fixation avec ou sans greffe (opération de Van Ness)	2 102,70	18

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
GENOU			
<i>Amputation</i>			
02294	désarticulation du genou	397,00	5
<i>Arthrodèse</i>			
02937	simple	813,00	8
02966	post-arthroplastie, incluant l'exérèse du matériel, le cas échéant	894,80	12
<i>Arthrolyse</i>			
directe			
18013	par arthroscopie	396,30	5
18014	par voie ouverte	588,00	7
02013	correction progressive d'ankylose avec fixateur externe.	1 218,20	12
<i>Arthroplastie (incluant tout service médical aux tissus mous, la plastie de la rotule et l'installation de prothèse de la rotule, le cas échéant)</i>			
+ 02492	prothèse totale unicompartmentale	735,00	12
02403	prothèse totale bicompartimentale	948,50	12
18015	changement de polyéthylène seulement	511,30	7
18016	réimplantation de prothèse totale après infection, incluant l'exérèse de la prothèse temporaire, le cas échéant	1 099,30	12
02497	prothèse totale et exérèse de prothèse en un temps.	1 140,20	12
02487	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du fémur, supplément	281,20	3
02391	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut unicompartmental du tibia, supplément	281,20	3
02392	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du fémur, supplément	492,10	3
02393	avec allogreffe en bloc pour corriger défaut circonférenciel du tibia, supplément.	492,10	3
NOTE : Les 4 suppléments codés 02391, 02392, 02393 et 02487 peuvent être facturés avec les prothèses totales sus-mentionnées.			
02498	prothèse rotule seulement.	507,50	6
02499	par allogreffe au fémur distal	981,70	10
02442	par allogreffe au tibia proximal	1 082,70	10
02465	par allogreffe bipolaire (fémur et tibia)	1 265,50	15

		R = 1	R = 2
<i>Arthroscopie</i>			
02577	simple du genou incluant, le cas échéant, la biopsie synoviale, la résection du plica et le lavage (PG-28) . . .	217,90	5
02724	simple, avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiques suivants (PG-28): méniscectomie débridement articulaire section de l'aileron externe exérèse de souris ou de corps étranger	288,20	5
NOTE : Les services médicaux codés 02577 et 02724 ne peuvent être réclamés avec une autre chirurgie arthroscopique sur le même genou.			
<i>Arthrotomie ou capsulotomie</i>			
02056	incluant, le cas échéant, l'exploration, le drainage, le rasage, la résection de corps étranger (souris articulaire), l'exérèse de coussinet graisseux, la méniscectomie ou la section de l'aileron externe	338,70	6
<i>Exérèse de prothèse ou matériel d'ostéosynthèse</i>			
02305	matériel d'ostéosynthèse de la rotule, incluant la bursectomie, le cas échéant	168,70	6
AVIS : <i>Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).</i>			
+ 09539	prothèse totale du genou infecté incluant, le cas échéant, la synovectomie, le débridement articulaire, l'exérèse de prothèse de la rotule et la fixation par ciment ou par prothèse temporaire	859,00	12
+ 09540	prothèse totale de rotule incluant, le cas échéant, la synovectomie et le débridement articulaire	383,50	6
<i>Excision</i>			
+ 02165	patellectomie partielle pour tumeur ou rotule bipartite . .	383,50	6
18017	tumeur dans le creux poplité ou kyste de Baker avec approche postérieure	511,30	6
<i>Fracture rotule</i>			
+ 09549	réduction ouverte, exérèse totale ou partielle avec réparation tissus mous	507,50	6
+ 02680	fixation de fragment ostéocondral (fémur, tibia ou rotule), toute voie d'approche	437,20	6

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
Grefe ostéochondrale			
02122	mosaicplastie (greffes ou autogreffes ostéochondrales composées, unique ou multiple) toute voie d'approche . NOTE : Cet acte ne peut être facturé avec les actes codés 02577 et 02724.	447,40	5
Luxation			
02737	genou réduction fermée incluant la surveillance (PG-28)	254,40	6
02749	rotule réduction fermée (PG-28)	110,00	6
02565	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus mous	423,10	6
02566	réalignement de la rotule par chirurgie sur les tissus osseux, incluant toute chirurgie sur les tissus mous, le cas échéant	506,20	7
Réparation et reconstruction ligamentaire			
+ 18018	Réparation d'un seul ligament, toute technique	460,20	5
18019	ligament additionnel (maximum 2), supplément	191,70	3
Reconstruction du ligament, toute technique			
18020	croisé antérieur	591,80	8
18021	croisé postérieur	813,00	10
18022	croisés antérieur et postérieur	1 196,40	15
18023	avec reconstruction du ligament latéral interne, latéral externe ou complexe postéro-latéral externe (maximum 1), supplément	319,60	3
+ 18024	réparation d'un ligament additionnel (maximum 2), supplément	191,70	3
18025	révision pour reconstruction incluant, le cas échéant, l'exérèse du matériel en place et la synovectomie, supplément	166,20	3
18026	Reconstruction du ligament collatéral, interne ou externe, toute technique	507,50	6
+ 18027	réparation d'un ligament additionnel (maximum 1), supplément	191,70	3
18028	chaque méniscectomie associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	70,30	1
18029	chaque suture de ménisque avec fléchette associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	217,90	2
18030	chaque suture de ménisque avec incision postérieure associée à une reconstruction ou à une réparation ligamentaire, supplément	255,70	3
NOTE : Un seul des actes codés 18018, 18020, 18021, 18022 et 18026 fait du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.			

		R = 1	R = 2
Suture			
02822	un ménisque, toute voie d'approche	437,20	7
18031	avec incision postéro-interne ou postéro-externe, supplément	74,10	1
	tendon		
02059	quadriceps	507,50	6
02061	rotuléen	507,50	6
18032	si réparé plus de six (6) semaines après le traumatisme, supplément	127,80	1
Divers			
02253	synovectomie complète du genou, toute voie d'approche	507,50	6
02473	manipulation du genou pour ankylose, sous anesthésie	140,60	4
+ 18033	allogreffe d'un ménisque, toute voie d'approche	859,00	10
TIBIA ET PÉRONÉ			
Allongement ou correction incluant ostéotomie			
	Allongement		
02386	avec ou sans greffe (PG-28)	1 082,70	12
	avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)		
02387	un niveau	1 218,20	12
02388	deux niveaux	1 411,20	15
02398	Correction progressive de déformation angulaire incluant ostéotomie	1 104,40	12
	fasciectomy préalable à allongement		
02485	1 compartiment	355,70	6
02486	2 compartiments ou plus	383,50	6
Amputation			
02292	amputation à la jambe (B.K.)	397,00	5
Biopsie			
02864	à l'aiguille	140,60	5
02865	ouverte	254,40	6
Décompression - dénervation			
	fasciotomie tibiale		
02046	1 compartiment	254,40	6
+ 02047	2 compartiments ou plus	338,70	6
Épiphysiodèse du tibia			
02951	par greffe (Phemister)	507,50	4
02954	par crampon	423,10	4

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
02866	plaque de croissance d'épiphysiodèse	677,50	7
02867	résection extensive et reconstruction	1 380,50	12
02868	tumeur bénigne péroné ou tibia (exostose, tête et péroné, etc.) sans greffe	254,40	6
02869	tumeur bénigne avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	591,80	6
02948	tumeur bénigne et reconstruction par allogreffe segmentaire incluant l'ostéosynthèse et la reconstruction ligamentaire	1 044,30	15
02870	tumeur maligne	677,50	6
02871	tumeur maligne avec greffe ou remplacement incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	813,00	10
02596	tumeur maligne extensive et reconstruction par allogreffe incluant l'ostéosynthèse et, le cas échéant, la reconstruction ligamentaire et l'autogreffe	1 523,70	18
02597	avec prothèse totale, supplément	288,20	4
<i>Exérèse</i>			
02309	vis, fils, broches - tibia ou péroné (PG-28) (1*)	140,60	6
02299	plaque plus vis - péroné	168,70	6
02873	plaque plus vis - tibia	338,70	6
18109	clou intramédullaire et vis de verouillage	338,70	6

AVIS :

(1*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

		R = 1	R = 2
<i>Fractures</i>			
+ 02725	péroné seul réduction ouverte	254,40	6
02694	tibia (avec ou sans péroné) réduction fermée (PG-28)	51,10	
18110	sous anesthésie au bloc opératoire, supplément . . .	102,30	6
<u>AVIS</u> : Malgré la Règle 7 de l'Addendum 8 - Anesthésiologie, les unités de base et de durée d'anesthésie doivent être facturées avec le code de supplément 18110			
02696	réduction ouverte diaphyse, fixation interne ou externe avec ou sans greffe	591,80	6
09591	ostéosynthèse à foyer fermé, incluant verrouillage proximal	591,80	6
09592	verrouillage distal, supplément	147,00	2
02721	épiphyse proximale 1 plateau	591,80	6
18111	2 plateaux	677,50	6
02743	pilon tibial	677,50	6
<i>Greffe osseuse</i>			
02874	pour pseudarthrose congénitale	948,50	8
02413	simple tibia et/ou péroné	507,50	5
NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.			
02414	par transposition du péroné	613,60	6
<i>Incision et drainage</i>			
18112	abcès d'ostéomyélite, forage ou saucérisation ou séquestrectomie avec ou sans greffe	338,70	6
<i>Ostéotomie</i>			
02093	Maquet, incluant le prélèvement et la pose de greffe, le cas échéant	677,50	7
02068	tibiale, incluant ROFI et greffe, le cas échéant	591,80	6
02030	du péroné	168,70	5
<i>Raccourcissement incluant ostéotomie</i>			
02406	tibia et péroné avec ou sans greffe plus appareillage . .	813,00	10

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
CHEVILLE			
<i>Amputation</i>			
02291	type Syme	591,80	5
<i>Arthrodèse</i>			
02938	tibio-astragalienn e primaire	703,00	6
18066	révision tibio-astragalienn e	948,50	6
<u>AVIS :</u> La révision tibio-astragalienn e 18066 doit être réclamée à la suite de l'arthrodèse tibio-astragalienn e primaire 02938. Veuillez inscrire la date ou l'année de l'arthrodèse tibio-astragalienn e primaire 02938.			
02944	tibio-talo-calcaneénn e avec ou sans talonaviculair e et calcané o-cuboïdienn e	948,50	10
<i>Arthrolyse</i>			
02054	correction progressiv e d'ankylose vicieus e avec fixateur extern e (Ilizarov ou autre)	1 218,20	12
<i>Arthroplastie</i>			
02408	totale de la cheville (prothèse)	948,50	8
<i>Arthroscopie</i>			
02551	simple de la cheville avec ou sans biopsie (PG-28)	217,90	5
02552	avec un ou plusieurs des procédés thérapeutiqu es suivant s (PG-28): - résection de souris ou de corps étranger - débridement synovial - résection d'ostéophyte - forage ou chondroplastie d'abrasion	358,50	7
<i>Arthrotomie</i>			
18067	avec exploration, drainage, irrigation ou résection de corps étranger, d'ostéophytes ou de souris articulaire, ou traitement d'ostéochondrite avec ou sans fixation . . .	423,10	6
02880	avec ostéotomie malléolaire et sa fixation, supplément	83,10	2
<i>Décompression - dénervation</i>			
02883	décompression - sinus du tarse	120,00	5
02884	décompression - tunnel tarsien	168,70	5
+ 02885	neurectomie cheville	218,60	5

		R = 1	R = 2
<i>Exérèse</i>			
09541	de prothèse totale de cheville	254,40	6
	de vis, clou, broches, fils, plaque plus vis		
02304	unimalléolaire (PG-28) (1*)	140,60	6
02306	bi ou trimalléolaire (PG-28) (1*)	168,70	6
<i>Fracture - luxation</i>			
02708	uni, bi, trimalléolaire réduction fermée avec anesthésie (PG-28)	144,40	6
<u>AVIS</u> : En chirurgie orthopédique, voir la Règle d'application n° 28.			
	réduction ouverte		
02727	unimalléolaire	338,70	6
09542	bimalléolaire	507,50	6
18068	si fixation malléole postérieure, supplément	76,70	
18069	si fixation syndesmotique ou réparation du ligament deltoïde, supplément	76,70	
18070	par vis syndesmotique seule	338,70	6
<i>Reconstruction - réparation</i>			
02199	réparation ligamentaire	338,70	6
NOTE : Le service médical codé 02199 ne peut pas être associé à une autre chirurgie de l'Appareil musculo-squelettique, au même site, lors de la même séance.			
+ 02161	reconstruction ligamentaire tardive (6 semaines ou plus)	507,50	6
02441	réparation tendon d'Achille	423,10	6
+ 02889	tardive (6 semaines ou plus)	549,60	6
<i>Ténotomie (tendon d'Achille)</i>			
18071	fermée ou ouverte	166,20	5

AVIS : (1*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
PIED			
<i>Allongement (incluant l'ostéotomie)</i>			
02264	métatarsien, avec ou sans greffe, un ou plusieurs, avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	948,50	7
<i>Amputation</i>			
02267	médiotarsienne ou transmétatarsienne (PG-28)	331,00	6
02287	un métatarsien en rayon	105,00	6
	chaque métatarsien additionnel pour un même pied (1*)	21,00	
18072	un métatarsien avec les phalanges (PG-28)	179,00	6
02285	une ou plusieurs phalanges d'un orteil (PG-28)	110,00	6
	chaque orteil additionnel (1*)	26,00	
<i>Arthrodèse</i>			
02943	sous-astragalienne ou talonaviculaire ou calcanéocuboïdienne isolée	715,80	6
18073	triple arthrodèse	861,50	6
+ 02949	tarso-métatarsienne (articulation de Lisfranc) tardive (6 semaines ou plus)	591,80	6
+ 02946	articulation métatarso-phalangienne (PG-28)	338,70	6
+ 02940	interphalangienne, une ou plusieurs, par orteil (PG-28)	140,60	6
	chaque orteil additionnel (1*)	38,30	
<i>Arthrolyse</i>			
02070	correction progressive d'ankylose vicieuse avec fixateur externe (Ilizarov ou autre)	948,50	6
<i>Arthroscopie</i>			
09500	pied (PG-28)	217,90	5
<i>Arthrotomie</i>			
Arthrotomie incluant, le cas échéant, la capsulotomie avec exploration et drainage, la résection de corps étranger ou de souris articulaire			
02237	simple, sans fixation d'ostéochondrite (PG-28)	140,60	6
02238	simple, avec fixation d'ostéochondrite (PG-28)	288,20	6
09501	pour arthrite septique (PG-28)	254,40	6

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITÉS.

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
Biopsie			
09502	à l'aiguille ou au trocart	110,00	4
02247	ouverte (PG-28)	198,10	6
Excision			
02244	complète d'astragale ou de calcaneum	396,30	8
+ 02241	barre tarsienne	423,10	6
02234	fascia pour fibromatose plantaire (PG-28)	199,00	6
02246	scaphoïde ou scaphoïde accessoire (PG-28)	185,30	6
02242	tête métatarsienne (PG-28)	185,30	6
	chaque tête additionnelle pour le même pied	29,40	
<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITES.			
02245	os sésamoïde (PG-28)	227,50	6
NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec aucun autre service médical.			
tumeur bénigne			
calcanéum ou astragale			
09505	sans greffe (PG-28)	254,40	6
09506	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	423,10	6
os mineurs			
09507	sans greffe (PG-28)	168,70	6
09508	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	338,70	6
tumeur maligne			
calcanéum ou astragale			
09509	sans greffe	346,30	7
09510	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	400,00	8
os mineurs			
09511	sans greffe (PG-28)	180,00	6
+ 09512	avec greffe incluant l'ostéosynthèse, le cas échéant	240,00	6
	(PG-28)		
Exérèse			
09513	prothèse, plaque ou vis (PG-28)	168,70	6
<u>AVIS :</u> Incrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).			

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Fracture ou luxation</i>			
	tarse ou tarso-métatarsienne (Lisfranc)		
02710	réduction fermée, sous anesthésie (PG- 28)	140,60	5
02744	réduction fermée avec embrochage percutané	254,40	7
+ 02729	réduction ouverte astragale ou calcanéum excepté . . .	423,10	7
+ 02730	réduction ouverte astragale ou calcanéum ou les deux	591,80	7
02734	arthrodèse primaire sous-astragalienne	591,80	7
	métatarsien, phalange, articulations métatarso- phalangiennes et interphalangiennes		
02711	réduction fermée : un ou plusieurs au même pied (PG-28)	140,60	5
02691	réduction fermée avec embrochage percutané (PG-28)	204,50	5
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le) (1*)	51,10	
	réduction ouverte		
02731	un (PG-28)	219,90	6
	chaque métatarsien ou phalange additionnel(le) (1*)	63,90	
<i>Incision - drainage</i>			
09517	abcès plantaire avec implication de la gaine tendineuse (PG-28)	110,00	6
09561	Incision et drainage ou mise à plat d'os mineur (PG-28) .	140,60	6
09562	Incision et drainage ou mise à plat de calcanéum ou d'astragale (PG-28)	254,40	6
<i>Manipulation et immobilisation</i>			
09532	un ou deux pieds pour correction de difformité	147,00	4
<i>Ostéotomie</i>			
02060	calcaneum, astragale ou tarse	466,60	6
09524	métatarse (PG-28)	168,70	6
09563	phalange (PG-28)	168,70	6

AVIS : (*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de métatarsiens ou d'orteils dans la case UNITES.

		R = 1	R = 2
<i>Reconstruction</i>			
	transposition et réinsertion tendineuse, pied et cheville, sauf les orteils		
09530	un (PG-28)	507,50	5
09531	plusieurs (PG-28)	677,50	6
18138	reconstruction métatarso-phalangienne des deuxième, troisième, quatrième ou cinquième orteils, incluant l'excision partielle de la phalange proximale, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant chaque articulation additionnelle du même pied (1*)	185,30 29,40	6
	capsulotomie tarso-métatarsienne		
09528	un (1*)	230,10	6
	chaque articulation additionnelle du même pied (1*)	89,50	
02049	syndactylie pour orteil	116,00	5
02422	correction de chevauchement du 5 ^e orteil, toute technique (PG-28)	254,40	6
18074	correction de malformation congénitale de l'avant-pied chez l'enfant de 16 ans ou moins incluant la polydactylie NOTE : Le service médical codé 18074 ne peut pas être facturé avec un autre acte chirurgical de l'Appareil musculo-squelettique, au même pied, à la même séance.	319,60	6
	transposition et réinsertion tendineuse, orteil		
09564	un (1*)	147,60	6
	chaque orteil additionnel du même pied (1*)	29,40	
02550	arthroplastie de résection interphalangienne incluant la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant (PG-28) (1*)	147,60	6
	chaque orteil additionnel du même pied (1*)	29,40	
	ténotomie ouverte ou fermée		
18075	un orteil (PG-28)	155,30	5
18076	plusieurs orteils (PG-28)	187,30	5
18077	fascia plantaire (Steindler) (PG-28)	166,20	5
<i>Correction d'hallux valgus ou varus</i>			
	correction d'hallux valgus ou varus incluant, le cas échéant, la sésamoidectomie et l'exostosectomie du premier métatarsien, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse		
09593	sans ostéotomie incluant la chéilectomie ou l'excision partielle de la phalange proximale, le cas échéant (PG-28)	230,10	6
02069	avec ostéotomie distale du premier métatarsien (PG-28)	303,60	6
18078	avec ostéotomie diaphysaire ou proximale du premier métatarse ou arthrodèse cunéo-métatarsienne (PG-28)	383,50	6
AVIS :	(1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITÉS.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
+ 09565	reprise d'une chirurgie de correction d'hallux valgus, incluant la correction d'hallux varus, le cas échéant (PG-28)	423,10	6
	arthroplastie par prothèse métatarso-phalangienne, incluant l'exostosectomie, la ténotomie, la transposition et la réinsertion tendineuse, le cas échéant		
09595	hémi-arthroplastie (PG-28)	288,20	6
09596	arthroplastie totale (PG-28)	338,70	6
	ped bot ou astragale vertical		
+ 02555	relâchement postérieur, incluant l'allongement du tendon d'Achille, le cas échéant	435,90	7
02556	relâchement antérieur	435,90	7
02558	capsulotomie interne et allongement tendineux	575,20	7
02560	relâchement postéro-médian	862,80	12
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		
02563	reprise d'un relâchement postéro-médian.	1 153,00	15
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même pied.		

BOURSE SÉREUSE*Drainage*

02008	drainage d'abcès sous anesthésie générale, soins complets	168,70	6
-------	---	--------	---

Excision

02212	bourse calcanéenne (talon)	168,70	5
02236	bourse olécrânienne (PG-28)	168,70	5
+ 02235	bourse huméro-radiale	161,10	5
02256	bourse malléolaire, prérotulienne, prétiibiale	140,60	5
02255	bourse péritrochantérienne	140,60	5
02233	bourse sous-deltaïdienne	168,70	5
09534	bourse ischiatique	180,00	5

Incision - exérèse

02012	incision, exérèse de dépôts calcifiés et curetage	168,70	5
-------	---	--------	---

		R = 1	R = 2
MUSCLES			
<i>Allongement</i>			
09535	allongement musculaire (PG-28)	338,70	4
<i>Exérèse</i>			
02190	exérèse d'un corps étranger sous anesthésie générale simple	140,60	6
+ 02191	compliquée, v.g. blessure par arme à feu	306,80	6
<i>Excision</i>			
09536	raccourcissement musculaire	180,00	6
02208	résection de muscle (myectomie) simple (PG-28)	199,00	6
02209	résection de muscle (myectomie) extensive (PG-28)	331,00	6
02155	section du scalène antérieur avec ou sans résection de côte cervicale	240,00	6
02023	section du sterno-cléido-mastoidien (torticolis congénital)	240,00	6
	tumeur		
+ 02127	biopsie ouverte de tumeur maligne du muscle	199,00	6
+ 02152	excision tumeur bénigne (PG-28)	180,00	6
+ 02153	excision tumeur maligne (PG-28)	507,50	6
02154	exérèse d'ossification hétérotopique extensive (Brooker 3 ou 4) de la hanche post-arthroplastie	435,90	8
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.		
<i>Reconstruction - réparation</i>			
02331	réanimation par transfert musculaire (paralysie faciale)	255,00	7
02323	réinsertion de muscle ou réparation de déchirure musculaire (PG-28)	155,00	6
02322	transplantation complète d'un muscle, v.g. grand pectoral	700,00	10
TENDONS, GAINES TENDINEUSES, APONÉVROSES ET LIGAMENTS			
<i>Excision</i>			
	gaine tendineuse pour tuberculose ou arthrite rhumatoïde		
02201	une (PG-28)	168,70	6
02202	plusieurs (PG-28)	262,00	6
09537	kyste arthrosynovial ou ténosynovial (PG-28)	134,20	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.		

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
02007	biopsie ouverte de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia	199,00	5
+ 02082	exérèse de tumeur bénigne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	105,00	6
02083	exérèse de tumeur maligne, tendon, gaine, ligament, fascia (PG-28)	252,00	6
Incision et exérèse			
02014	exploration d'un tendon, d'une gaine tendineuse, drainage ou section de gaine ou exérèse de corps étranger (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à une réparation tendineuse, nerveuse ou osseuse au même doigt.	95,00	5
02015	exploration de fascia, ligament et/ou exploration de nodule et/ou exérèse de corps étranger (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.	116,00	5
09597	Ténolyse d'un doigt, une ou plusieurs, sans autre intervention sur les tendons à la même séance (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.	280,00	6
02327	Ténodèse articulaire à un doigt (PG-28) NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même site.	150,00	5
Suture et reconstruction			
+ 02396	ténorrhaphie, suture tendineuse : doigt, main, poignet, avant-bras, jambe, cheville, pied		
+	tendon extenseur (du même membre) (PG-28)	200,00	6
	maximum	600,00	
<u>AVIS</u> : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services dans la case UNITES.			
+ 02397	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28) réparation immédiate ou tardive NOTE : Si effectuées distalement au poignet, une majoration de 50 % est applicable	295,00	6
#	<u>AVIS</u> : Afin de facturer le tarif de base majoré de 50 %, veuillez utiliser le code d'acte suivant :		
# 18117	tendon fléchisseur (du même membre) (PG-28) réparation immédiate ou tardive effectuées distalement au poignet	442,50	6

Spécialistes

G - MUSCULO-SQUELETTIQUE

		R = 1	R = 2
+ 02324	ténoplastie, raccourcissement, allongement, etc. un tendon (PG-28)	253,10	6
	maximum (1*)	1 012,40	
02330	greffe de fascia lata (paralysie faciale)	255,00	7
02332	greffe de fascia lata avec méloplastie et canthoplastie externe (paralysie faciale)	340,00	8
18056	transfert tendineux, poignet ou main ou avant-bras (PG-28)	396,00	6
	maximum (1*)	792,00	
	NOTE : Ne peut être utilisé pour suture latéro-latérale ou transfert d'un muscle intrinsèque.		
+ 18057	suture tendineuse latéro-latérale, une ou plusieurs, par membre (PG-28)	281,00	6
	Reconstruction d'un tendon		
+ 18061	greffe tendineuse (PG-28)	340,00	6
	greffe tendineuse incluant reconstruction des poulies		
18058	en un temps (PG-28)	460,00	8
	en deux temps		
18059	premier temps (PG-28)	460,00	8
18060	deuxième temps (PG-28)	460,00	6
02896	réparation articulation interphalangienne distale, réinser- tion tendineuse et/ou broche percutanée (PG-28)	120,00	6
<i>Transplantation</i>			
02368	transplantation d'un doigt sur un doigt adjacent sauf pollicisation.	500,00	7
09582	pollicisation ou transfert d'un doigt à un doigt non adjacent	680,00	8

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de services
dans la case UNITÉS.

DIVERS

AVIS : *Le chirurgien n'a droit qu'au paiement des honoraires de visite pour le traitement d'une fracture sans réduction. La rémunération de l'application d'un plâtre ou d'une attelle est incluse dans les honoraires de la visite ou de la prestation de soins principale.*

	application de stimulateurs électriques		
02488	externes	142,00	4
02489	percutanés	107,40	4
02490	internes	218,60	5
02348	changement de pansement, sous anesthésie générale, incluant l'ablation de l'attelle, la désinfection ainsi que la réfection du pansement et de l'attelle.	140,60	6
18113	fermeture de fasciotomie un ou plusieurs sites incluant, le cas échéant, débridement et myectomie.	319,60	6
	NOTE : Les actes codés 02348 et 18113 ne peuvent pas être facturés avec un autre service par le même médecin ou un médecin de la même discipline à la même séance.		
02308	exérèse de bande métallique (une ou plusieurs) ailleurs que le fémur	113,00	6
02301	exérèse de clou ou broche pour traction (PG-28) (1*) . . .	32,00	4
02328	exérèse de prothèse ailleurs.	132,00	6
02312	exérèse de vis, plaque, clou, broches, fils ailleurs (PG-28) (1*)	110,00	6
02311	incision au niveau d'une broche d'un fixateur externe sous anesthésie locale	16,60	
	injection intra-osseuse de corticoïdes avec ou sans scopie		
09547	os majeur	168,70	6
09546	os mineur	153,40	4
02300	insertion de broche ou clou pour traction squelettique (PG-28)	168,70	6
02303	insertion de pince à traction squelettique crânienne. . . .	162,00	5

AVIS : (1*) *Inscrire le type d'anesthésie effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (Voir la règle 9 de l'Addendum 5 - Appareil musculo-squelettique).*

INDEX*Page*

SYSTÈME RESPIRATOIRE	H-2
Nez et Nasopharynx	H-2
Sinus	H-5
Larynx	H-7
Trachée	H-8
Bronches	H-9
Médiastin	H-9
Poumons et plèvre	H-10

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NEZ ET NASOPHARYNX*Incision*

	Abcès ou hématome de la cloison :		
03000	drainage	45,00	5
+03001	Révision du dorsum nasal après septorhinoplastie	150,00	6

Excision

	Polypectomie nasale :		
+03160	unique (PG-28)	31,50	5
03172	multiple (PG-28)	47,30	5
03173	multiple bilatérale (PG-28)	90,30	5
+03161	polype des choanes	90,00	5
03199	Résection sous-muqueuse du septum nasal	152,30	6
	Amenuisement d'un ou plusieurs cornets, unilatéral ou bilatéral (turbino-plastie)		
03202	sous anesthésie locale	25,00	
03203	sous anesthésie générale	150,00	5
03201	au cours d'une autre intervention chirurgicale, sous anesthésie générale, toutes techniques, supplément.	75,00	
	Cryochirurgie avec azote liquide en circulation ou en jet avec thermocouple ou chirurgie au laser :		
03208	pour tumeur précancéreuse : nez, bouche, pharynx et larynx (PG-28)	200,00	5
03209	pour tumeur maligne du nez, bouche, pharynx et larynx	350,00	5
+03239	Amputation nasale	304,50	5

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
03301	Cautérisation de cornet, unilatérale (PG-28)	25,00	5
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé en même temps que l'amenuisement d'un ou de plusieurs cornets.		
03320	Septodermoplastie (PG-28)	250,00	5
03321	Reconstruction ostéo-cartilagineuse de la cloison (septoplastie) incluant la mise en place de plaques silastic et la collumelloplastie, le cas échéant (PG-28)	250,00	6
03343	Cure de sténose de valves nasales	C.S.	5
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
+03318	Cure de perforation de la cloison sans greffon	254,10	5
03319	avec prélèvement de greffon provenant d'un autre site, toutes techniques (PG-28)	508,20	8
03367	Mise en place d'un bouton de silastic	75,00	6
Septorhinoplastie :			
	partielle incluant la collumelloplastie, le cas échéant, mais excluant les ostéotomies		
03308	par voie endonasale (PG-28)	325,00	6
+03309	par voie externe (décortication de la pyramide nasale)	375,00	6
	complète (reconstruction de la cloison et des pyramides nasales incluant collumelloplastie)		
+03225	par voie endonasale (PG-28)	400,00	6
03226	par voie externe (décortication de la pyramide nasale) (PG-28)	500,00	8
03325	Collumelloplastie seule (PG-28)	200,00	6
03326	Reconstruction nasale pour amputation partielle ou totale, post-traumatique ou postchirurgicale (PG-28)	400,00	6
03327	Greffe composée	350,00	6
03328	Rhinophyma : rasage (PG-28)	200,00	7
03329	Correction plastique d'un rhinophyma	C.S.	6
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
Chirurgie correctrice de rhinite atrophique :			
03330	par prothèse synthétique (unilatérale)	145,00	6
+03331	par greffe autogène	200,00	6
Atrésie d'une choane :			
03340	approche nasale antérieure	300,00	12
03342	approche par voie transpalatine	450,00	12
03335	Traitement de synéchies incluant la mise en place de plaques silastic (PG-28)	50,80	5

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Manipulation</i>			
	Épistaxis :		
03804	cautérisation de la cloison, unilatérale	15,00	4
03806	électrocautérisation, unilatérale	35,00	4
03803	ligature de l'artère ethmoïde antérieure	270,00	5
03810	ligature intranasale de l'artère sphéno-palatine (PG-28)	300,00	8
<i>Corps étranger</i>			
	Extraction de corps étranger du nez :		
03002	par rhinotomie	150,00	5
03194	par rhinoscopie (PG-28)	40,00	4
03190	profondément situé, nécessitant une anesthésie générale	60,00	4
<i>Excision</i>			
	Exérèse de tumeur :		
03165	par voie intranasale	101,60	6
03166	par voie transpalatine	300,00	6
03167	par voie nasopharyngée	200,00	6
03168	par voie cervicale (1*)	C.S.	6
03071	Rhinotomie latérale pour exérèse de tumeur nasale	225,80	5
03164	Exérèse de kyste dermoïde du nez et fistule nasale médiane (1*)	C.S.	5
03169	Cure d'angiofibrome juvénile ou de cordome (1*)	450,00	8
<i>Réparation</i>			
03337	Réparation de fistule oro-nasale	64,50	4
03072	si lambeau(x) sous anesthésie générale, supplément	135,50	
+ 03338	Correction de difformités post-sinusectomie radicale	157,50	5
03344	Rhinopharyngoscopie directe avec injection de substance inerte sous la muqueuse du nasopharynx	60,00	4

AVIS : (1*) Voir la règle 16 du préambule général.

SINUS

Lorsque les chirurgies fonctionnelles endoscopiques complexes d'un sinus ou de la base du crâne sont effectuées par une technique guidée par informatique (CGI), ces chirurgies peuvent donner ouverture à un supplément per-opératoire dans les pathologies suivantes :

- Révision d'une chirurgie d'un sinus
- Présence d'une anatomie sinusienne perturbée soit d'origine développementale, postopératoire ou traumatique
- Polypose nasosinusienne extensive
- Pathologie impliquant les sinus sphénoïde, ethmoïdien postérieur ou frontal
- Pathologie inflammatoire impliquant la base du crâne, l'orbite, le nerf optique ou l'artère carotide
- Chirurgie réalisée pour rhinorrhée de liquide céphalo-rachidien ou pour condition pathologique impliquant un déficit osseux de la base du crâne
- Tumeur bénigne ou maligne rhinosinusienne

03073 supplément. 150,00

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la pathologie parmi celles listées au libellé de l'acte et qui permet de facturer ce supplément.*

Incision

03004	Sinusotomie intranasale ou par la fosse canine (incluant méatotomie moyenne et infundibulectomie, le cas échéant) (PG-28)	125,00	6
03008	Sinusotomie frontale par voie externe toutes techniques	152,30	6
+03005	Sinusotomie sphénoïdale.	150,00	6
	NOTE : Ne peut s'ajouter au service médical code d'acte 03113 au cours d'une même séance.		
03006	Installation d'un tube d'irrigation maxillaire MAST (maxillary antrum sinusotomy tube).	63,00	5
03007	Installation d'un tube d'irrigation ethmoïdienne TIE	105,00	5

Excision

03105	Sinusectomie maxillaire par voie orale (Caldwell-Luc) : unilatérale comprenant la sinusotomie intranasale, le cas échéant (PG-28).	200,00	6
+03104	Sinusectomie maxillaire intranasale par approche combinée (intranasale et de la fosse canine) (PG-28) . .	200,00	6
03215	Sinusectomie frontale externe radicale	450,00	6
03368	Sinusectomie frontale par lambeau ostéoplastique	550,00	8
03369	avec greffe adipeuse (supplément)	101,60	

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
	Sinusectomie ethmoïdale intranasale :		
03110	antérieure unilatérale (PG-28)	150,00	6
03111	antérieure et postérieure unilatérale (PG-28)	170,00	6
+03112	avec sphénoïdotomie (PG-28)	203,70	6
+03113	avec sphénoïdectomie (PG-28)	250,00	6
03108	Sinusectomie ethmoïdale par voie externe, unilatérale . .	258,00	6
	Sinusectomie sphénoïdale incluant la biopsie le cas échéant :		
03210	par voie intranasale	175,00	6
+03211	par voie transpalatine	339,20	6
03246	par voie transseptale	282,50	6
	NOTE : La sinusectomie sphénoïdale par voie intranasale ne peut s'ajouter au service médical codé 03113 au cours d'une même séance.		
	Sinusectomie transmaxillo-nasale :		
	sans exentération de l'orbite :		
03235	sans exérèse du plateau palato-dentaire	406,40	6
03236	avec exérèse du plateau palato-dentaire	600,00	10
	avec exentération de l'orbite :		
03237	sans exérèse du plateau palato-dentaire	463,10	10
03238	avec exérèse du plateau palato-dentaire	575,40	12
	Exploration de la fosse ptérygo-maxillaire par voie transantrale		
03247	ligature de l'artère maxillaire interne (PG-28)	356,00	6
03248	ganglionectomie sphéno-palatine	320,00	7
03249	section de V2	356,00	7
03250	biopsie	356,00	6
03109	Neurectomie vidienne par voie transantrale	320,00	7
	<i>Réparation</i>		
+03339	Fermeture de fistule oro-antrale par Caldwell-Luc avec ou sans lambeau	300,00	6
03347	Reconstruction du canal naso-frontal avec greffe ou lambeau incluant la sinusectomie frontale et l'installation de la prothèse (PG-28)	400,00	8
03332	Cure intranasale d'écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR)	400,00	15
03375	au cours d'une autre intervention, supplément	150,00	

		R = 1	R = 2
LARYNX			
<i>Incision</i>			
03016	Thyrotomie exploratrice avec ou sans excision de tumeur bénigne (laryngofissure)	356,00	6
03018	Thyrotomie : pour sténose laryngée	C.S.	7
AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.			
<i>Introduction</i>			
Laryngoscopie incluant la biopsie :			
avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, unilatérale			
03039	directe (PG-23)	122,90	6
03040	à suspension (PG-23)	147,00	6
03041	au microscope (PG-23)	157,50	6
avec exérèse de polype ou tumeur de cordes vocales, bilatérale :			
03042	directe (PG-23)	147,00	6
03043	à suspension (PG-23)	175,40	6
03044	au microscope (PG-23)	183,80	6
03045	avec injection de substance pour combler une corde vocale (PG-23)	250,00	6
03046	microchirurgie sous-glottique	350,00	6
<i>Excision</i>			
Laryngectomie incluant la myotomie du crico-pharyngé, le cas échéant			
03114	partielle (fronto-latérale ou verticale)	536,60	8
03115	sus-glottique	750,00	10
03220	totale	800,00	13
03221	totale et thyroïdectomie totale	1 000,00	15
03222	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	900,00	15
Aryténoïdopexie ou aryténoïdectomie ou cordectomie :			
03241	par voie endolaryngée	300,00	5
03245	Médialisation de la corde vocale, par implant de cartilage	350,00	5
03242	par voie externe	350,00	6
03243	reconstructive (laryngectomie)	400,00	8
03244	Médialisation de cordes vocales par implant laryngé ajustable incluant l'ajustement per-opératoire et toute endoscopie	564,90	6
03074	Ajustement de l'implant par voie externe effectué lors d'une autre séance	250,00	5
03223	Épiglotectomie par voie de pharyngotomie antérieure ou latérale	529,20	6
Pharyngo-laryngectomie :			
03227	totale	900,00	12
03228	totale et thyroïdectomie totale	1 100,00	18
03229	totale et hémi-thyroïdectomie ou thyroïdectomie sub-totale	1 000,00	18

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Réparation</i>			
03075	Supraglottoplastie (PG-23)	300,00	8
03349	Laryngoplastie (1*)	C.S.	8
03363	Cure de laryngocèle (1*)	C.S.	8
03366	Exérèse de quille de silastic intralaryngée incluant laryngoscopie avec ou sans section de synéchie	203,70	5
03364	Fistulisation externe post-laryngectomie pour réhabilitation (1*)	C.S.	7
03334	Réinnervation du larynx par transfert d'un pédicule musculo-nerveux	672,00	8
TRACHÉE			
<i>Incision</i>			
03019	Trachéotomie (PG-28)	250,00	7
03021	Trachéotomie au cours d'une autre intervention chirurgicale, supplément.	100,00	
+ 03022	Insertion d'un tube de Montgomery incluant la trachéotomie	147,00	7
<i>Excision</i>			
03178	Résection trachéale avec reconstruction trachée cervicale (approche extrathoracique)	867,30	10
03179	trachée cervicale incluant le cricoïde	1 161,00	12
03180	trachée intrathoracique par voie intrathoracique	1 200,20	12
03181	trachée par voie intrathoracique incluant l'éperon trachéal	1 080,00	15
<i>Réparation</i>			
Cure de sténose de stoma trachéal, sous anesthésie générale :			
03315	par excision de tissu cicatriciel	113,40	6
03316	par lambeaux cutanés ou plastie en M	170,00	6
03350	Fermeture de trachéostomie ou d'une fistule de la trachée cervicale (PG-28)	203,70	6
Fermeture de fistule :			
+ 03351	trachéale post-traumatique	300,00	6
03356	trachéo-oesophagienne récidivante (tout procédé incluant la fistulectomie)	750,00	12
03371	Implantation de valves trachéo-oesophagiennes type Blum Singer ou Panje ou autres	275,00	6
Trachéoplastie :			
03352	cervicale incluant cure de trachéomalacie	550,00	8
03354	au niveau thoracique incluant cure de trachéomalacie Trachéorrhaphie (rupture trachéale ou trachéo-bronchique):	914,00	12
03353	cervicale	550,00	10
03355	thoracique	705,60	12
03361	Reconstruction plastique de la trachée avec matériel inerte, inactif	1 000,00	15

AVIS : (1*) Voir la règle 16 du préambule général.

		R = 1	R = 2
BRONCHES			
<i>Réparation</i>			
03357	Bronchoplastie : correction de sténose et anastomose	896,00	12
03372	Fistule broncho-pleurale fermeture simple par thoracotomie	609,00	12
03373	fermeture par greffe pédiculée et thoracotomie	784,00	12
03362	Bronchotomie pour exérèse de corps étrangers ou tumeur	609,00	12
<u>AVIS</u> : Incrire la raison de la bronchotomie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEI- GNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
MÉDIASTIN			
<i>Incision</i>			
03035	Médiastinotomie pour exploration ou drainage : voie cervicale	252,00	6
03036	voie thoracique	280,00	8
03027	Médiastinotomie antérieure pour staging avec ouverture de la plèvre incluant la résection costale et le drainage, le cas échéant	367,50	12
<i>Excision</i>			
03195	Exérèse d'un kyste ou tumeur bénigne du médiastin . . .	633,60	10
03196	Exérèse d'une tumeur maligne du médiastin incluant neuroblastome	711,00	12
03240	Thymectomie	711,00	10
<i>Réparation</i>			
+03370	Ligature ou réparation du canal thoracique, voie thoraci- que ou cervicale	619,00	10

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE
Spécialistes

		R = 1	R = 2
POUMONS ET PLÈVRE			
<i>Incision</i>			
03020	Pneumotomie avec drainage ouvert pour abcès ou kyste pulmonaire.	189,00	8
	Thoracotomie, toute technique, toute voie d'approche:		
03026	pour contrôle d'hémorragie	330,00	12
03028	exploratrice, avec exérèse de corps étranger.	330,00	12
03120	exploratrice avec biopsie	315,00	12
03123	exploratrice pour cancer, sans résection, avec ou sans biopsie	404,30	12
+ 03029	pour exérèse d'un kyste ou suture ou plicature de bulles d'emphysème ou les trois.	650,50	12
03017	pleurectomie partielle, supplément	28,00	
03030	pour massage cardiaque incluant techniques de réanimation cardiorespiratoire	121,80	10
03031	Décortication totale du poumon incluant, le cas échéant, le drainage d'empyème, non complémentaire à un autre acte chirurgical associée à la même séance opératoire.	639,50	12
03076	Lavage intrathoracique pour cytoréduction et chimiothérapie hyperthermique, sans autre intervention au même site	450,00	12
03077	lors d'une autre intervention ou si effectué par un autre médecin, supplément.	300,00	
<i>Excision</i>			
03122	Résection cunéiforme (Wedge)	315,00	12
03140	chaque résection additionnelle (maximum 3), supplément	50,00	
03124	Segmentectomie simple incluant bronches et artère segmentaire.	746,60	12
03125	Lobectomie simple avec ou sans évidement ganglionnaire.	1 200,00	12
03162	pneumectomie complémentaire si envahissement de la marge de résection, supplément	210,00	
03126	segmentectomie additionnelle, supplément	127,00	
03127	lobectomie moyenne (côté droit) supplément.	127,00	
03128	avec résection en manchon d'une bronche, supplément	190,00	
03129	avec bronchoplastie, supplément	127,00	
03078	avec angioplastie, supplément	105,00	
03130	résection de paroi thoracique, sans reconstruction, supplément.	23,10	
03131	résection de paroi thoracique, avec reconstruction prosthétique, tout type, supplément	190,00	
03132	Lobectomie avec ou sans évidement ganglionnaire incluant résection de la paroi, pour tumeur de Pancoast	770,00	15

Spécialistes

H - SYSTÈME RESPIRATOIRE

		R = 1	R = 2
03133	Pneumectomie simple		
	avec ou sans évidement ganglionnaire	1 307,20	12
03135	avec résection de paroi thoracique sans reconstruction, supplément	63,00	
03136	avec résection de paroi thoracique avec reconstruction, supplément	199,50	
03137	avec résection de l'éperon trachéal incluant la réparation, supplément	264,00	
03134	Péricardectomie (résection intrapéricardique), supplément	63,00	
03138	Pneumectomie extrapleurale	853,70	12
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphyseuse diffuse	635,00	12
03139	Lobectomie, réintervention plus de 30 jours après l'intervention initiale, supplément	189,00	
+03232	Pleurectomie non complémentaire à une autre intervention chirurgicale thoracique	346,50	12
03079	Pneumectomie, réintervention plus de 30 jours après l'intervention initiale, supplément	111,00	
	Réparation		
03365	Réparation de lésion traumatique pulmonaire pénétrante	C.S.	12
	<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.		
	Collapsothérapie		
	Thoracoplastie, incluant apicolyse :		
	premier stade		
03374	minimum de trois côtes	212,00	6
	chaque côte additionnelle	63,60	
	<u>AVIS :</u> Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de côtes dans la case UNITÉS.		
03311	deuxième stade	135,50	6
03312	troisième stade	127,00	5
	Pneumolyse :		
03313	intrapleurale	126,00	4
03314	extrapleurale	189,00	4
03317	Phrénicectomie ou phrénemphraxie	60,00	4

INDEX

	<i>Page</i>
SYSTÈME CARDIAQUE	J-2
Actes généraux	J-3
Transplantation	J-4
Coeur et péricarde	J-5
Chirurgie coronarienne	J-8
Stimulateur cardiaque	J-8
Chirurgie de l'arythmie	J-9
Appareil vasculaire	J-10
thoracique	J-10
non thoracique	J-11
Veines, varices et ulcères variqueux	J-16

J - SYSTÈME CARDIAQUE

AVIS : Voir la Règle d'application n° 7.
Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement. En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « C » inclut toute autre intervention des sections suivantes: *Transplantation, Coeur et péricarde, Chirurgie coronarienne, Stimulateur cardiaque, Chirurgie de l'arythmie et Appareil vasculaire thoracique* pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

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

AVIS : Veuillez inscrire le MOD=045 pour demander 90% du tarif de l'acte associé. Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.

NOTE : S'il y a une échographie épi-aortique ou épicaordique, s'il y a une angiographie coronarienne, s'il y a une échographie Doppler coronarienne effectuée en même temps qu'une chirurgie cardiaque, un supplément de 100 \$ est applicable à chacun de ces examens.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'acte 04017
- Inscrire le rôle 1;
- les honoraires de 100.00\$

NOTE : Pour toute chirurgie valvulaire effectuée par technique endoscopique, endovasculaire ou robotique, un supplément de 500 \$ est applicable.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'acte 04018
- Inscrire le rôle 1;
- les honoraires de 500.00\$
- Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la technique utilisée (endoscopique, endovasculaire ou robotique).

		R = 1	R = 2
COEUR ET PÉRICARDE			
<i>Incision</i>			
04532	Cardiotomie avec exploration et exérèse de corps étranger, comprenant l'extraction d'un cathéter brisé « C » (PG-23).....	344,90	18
04533	Réexploration médiastinale pour saignement, tamponnade ou arrêt cardiaque « C » (PG-23)	336,40	10
<i>Excision</i>			
04536	Biopsie cardiaque ouverte (toute technique) (PG-23) ..	289,10	10
04537	Exérèse de tumeur intracardiaque sans reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	942,10	18
04538	Exérèse de tumeur intracardiaque avec reconstruction de la paroi cardiaque (PG-23)	1 076,60	18
Péricardectomie :			
04539	pour péricardite constrictive : deux côtés ouverts ou par sternotomie (toute technique) (PG-23)	1 051,40	12
04540	Fenêtre péricardique, toutes voies d'approche (avec ou sans thoracotomie) (PG-23)	311,20	10
<i>Réparation</i>			
Valvule aortique :			
04542	valvuloplastie, sans remplacement valvulaire, tous types (PG-23)	1 033,50	18
NOTE : Ce service médical ne peut être associé à une intervention valvulaire aortique lors de la même séance.			
04543	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04544	aortoplastie ou annuloplastie (toute technique), supplément (PG-23)	269,20	
04545	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (PG-23)	1 211,20	18
04546	Remplacement par technique de Ross (sans autre intervention vasculaire) « C » (PG-23)	2 589,60	18
04547	Procédure de Konno « C » (PG-23)	2 355,10	18
04548	Procédure de Bentall-Konno ou de Ross-Konno « C » (PG-23)	3 363,40	18
Valvule mitrale :			
04550	Commissurotomie (PG-23)	807,50	18
04551	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04554	Annuloplastie (PG-23)	1 076,60	18
04555	Valvuloplastie mitrale incluant, l'annuloplastie de remodelage, la plastie de feuillet antérieur et/ou postérieur avec ou sans résection et/ou transposition de cordages (toute technique) (PG-23)	1 345,80	18

J - SYSTÈME CARDIAQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
04021	Reconstruction de l'anneau mitral ou de la jonction atrio-ventriculaire avec pièce de péricarde ou oreillette gauche (intéressant au moins 30 % de la circonférence de l'anneau) (PG-23)	500,00	18
04553	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (PG-23)	1 345,80	18
	Valvule tricuspидienne :		
	fait sans autre intervention cardiaque à la même séance		
+04556	Commissurotomie (PG-23)	537,60	18
+04557	Remplacement (PG-23)	701,30	18
04558	Valvuloplastie et annuloplastie (PG-23)	701,30	18
04559	fait lors d'une chirurgie cardiaque, supplément (PG-23)	331,20	
	Valvule pulmonaire :		
04561	Valvuloplastie, sans remplacement valvulaire (PG-23)	807,50	18
04562	Remplacement par prothèse valvulaire (PG-23)	1 076,60	18
04563	Remplacement par homogreffe cryopréservée ou par xéno greffe sans support (PG-23)	1 211,20	18
	Exérèse de prothèse valvulaire ou homogreffe, supplément		
04520	une (PG-23)	317,50	
04521	deux (PG-23)	476,30	
	Oreillettes :		
04567	création de communication interauriculaire ou fenestration « C » (PG-23)	665,00	12
04568	réparation d'une communication interauriculaire, type ostium secundum « C » (PG-23)	904,20	18
04569	réparation de Canal AV partiel (ostium primum, plastie mitrale, CIA secundum) « C » (PG-23)	1 816,80	18
04570	réparation de Canal AV complet (ostium primum, plastie mitrale, CIV, plastie tricuspидienne, CIA secundum) (PG-23)	2 421,40	18
04571	réparation d'une communication interauriculaire de type sinus venosus « C » (PG-23)	1 033,50	18
04572	atrioseptopexie pour cor triatriatum ou transposition des vaisseaux de la base ou oreillette commune (PG-23)	2 017,60	18
04573	Opération de Fontan (PG-23) « C »	2 690,50	18
	Ventricules :		
	Réparation d'une communication interventriculaire :		
04576	unique ou postinfarctus (PG-23)	1 345,80	18
04577	multiple (PG-23)	2 017,60	18
04578	agrandissement ou création de communication interventriculaire (PG-23)	1 076,60	18

		R = 1	R = 2
04579	Tunnel interne du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
	NOTE : Lorsque ce service est combiné à tout autre service médical à la même séance, un maximum de 4 500 \$ est applicable pour l'ensemble des revenus du médecin spécialiste en chirurgie cardiovasculaire et thoracique pour cette séance, à l'exclusion des bonifications d'urgence.		
	<u>AVIS :</u> Chaque service rendu au cours de la même séance doit être facturé en plus du code d'acte 04579. La valeur monétaire sera ajustée par la Régie en tenant compte des règles 14 et 23 du préambule général.		
04581	Conduit externe du ventricule-vaisseaux de la base (PG-23)	2 017,60	18
04582	réparation de sténose de l'infundibulum droit (PG-23)	1 076,60	18
04583	réparation de sténose de l'infundibulum gauche (PG-23)	1 345,80	18
04584	réparation de tétralogie ou pentalogie de Fallot incluant réparation de CIV, toute sténose du défilé infundibulo-pulmonaire et CIA secundum « C » (PG-23)	2 017,60	18
04585	réparation d'anévrisme ventriculaire (PG-23)	672,90	18
04586	cardiomyoplastie incluant la mise en place d'électrodes et du stimulateur	736,00	18
04587	réparation d'anévrisme ou fistule de sinus de Valsalva (PG-23)	1 272,20	18
	Cardiorraphie :		
04588	suture pour lacération cardiaque non iatrogénique (PG-23)	672,90	12
04589	sous circulation extra-corporelle, supplément		6
04590	Transposition de grands vaisseaux (opération de Jatène ou « Switch Arterial ») incluant fermeture de CIA et de canal artériel « C » (PG-23)	4 036,30	18
04534	correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant correction de coarctation de l'aorte et ligature du canal artériel (PG-23), supplément	1 261,70	
04591	Correction du syndrome de l'hypoplasie aortique par la procédure de Norwood ou l'équivalent (premier Stage) (comprenant l'anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante, reconstruction de la crosse aortique, coarctation de l'aorte, canal artériel et shunt systémo-pulmonaire) « C » (PG-23)	3 363,40	18

CHIRURGIE CORONARIENNE

Réparation

	Thrombo-endarterectomie et/ou angioplastie ouverte, et/ou pontage d'une artère coronarienne		
04601	unique (toute technique) (PG-23)	874,80	18
04602	deux (toute technique) (PG-23)	1 076,60	18
04603	trois (toute technique)	1 279,60	18
04604	quatre (toute technique)	1 348,90	18
04605	cinq (toute technique)	1 413,10	18
04606	six et plus (toute technique)	1 546,60	18
	Prélèvement de greffons autologues artériels ou veineux		
04607	un greffon, supplément (PG-23)	100,90	
04611	deux greffons, supplément (PG-23)	134,60	
04612	trois greffons ou plus, supplément	168,20	
04022	si effectué par technique endoscopique ou robotique, par greffon, supplément (PG-23)	100,00	

AVIS : Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de greffons dans la case UNITÉS
 - Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la technique utilisée (endoscopique ou robotique).

04608	Chirurgie coronarienne ou valvulaire à coeur battant, toute voie d'approche (toute technique), supplément . . .	275,50	
	NOTE : L'acte codé 04514 ne peut être facturé avec ce supplément.		
04610	Pour correction de coronaire aberrante (toute technique) (PG-23)	1 908,30	18

STIMULATEUR CARDIAQUE

AVIS : Voir la Lettre d'entente n° 60 .

	Implantation d'électrode(s) et de générateur pour stimulateur cardiaque permanent		
04825	une électrode (PG-23)	262,50	7
04023	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	100,00	
04826	deux électrodes (PG-23)	325,90	7
04024	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	100,00	
04827	par voie thoracique, supplément (PG-23)	105,10	1
04829	Repositionnement d'électrode(s) (PG-23)	150,00	7
04025	cardiostimulateur biventriculaire, supplément	100,00	

		R = 1	R = 2
	Exérèse d'électrode(s) endocavitaire(s) par voie fermée (endovasculaire)		
04834	une électrode (PG-23)	106,00	6
04535	électrodes supplémentaires, par électrode (PG-23) .	100,00	
	<u>AVIS</u> : Incrire le nombre d'électrodes supplémentaires dans la case UNITÉS et le nombre total d'électrodes enlevées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES		
04541	électrode(s) de défibrillateur, supplément (PG-23) . .	50,00	
04549	par sternotomie ou thoracotomie (PG-23)	473,10	8
	Exérèse de cardiostimulateur ou défibrillateur, incluant l'exérèse d'électrode(s) et la réimplantation de générateur à la même séance		
+04839	aucune électrode réimplantée (PG-23)	253,00	7
+04840	une électrode (PG-23)	423,20	8
+04841	deux électrodes (PG-23)	486,50	8
	Remplacement de générateur		
04842	du cardiostimulateur (PG-23)	106,00	7
+04843	du défibrillateur incluant le cardiostimulateur, la cardioversion et la réanimation par le chirurgien (PG-23) . . .	373,80	8
	CHIRURGIE DE L'ARYTHMIE		
04620	Cartographie cardiaque électrophysiologique per-opératoire (toute technique), supplément (PG-23)	256,00	
	Technique d'ablation :		
04622	section de faisceau accessoire (WPW) par cardiectomie et/ou par cryothérapie (toute technique) (PG-23)	672,90	15
04623	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04624	par résection endocardique ou par cryochirurgie pour tachycardie ventriculaire (toute technique) (PG-23) . .	556,20	15
04625	sous circulation extra-corporelle, supplément		3
04619	myocardique auriculaire (procédure de MAZE) toutes voies d'approche, incisions, radiofréquence ou autre .	841,10	
	NOTE : L'acte codé 04619 est rémunéré à 90 % si effectué lors d'une chirurgie cardiaque.		
	<u>AVIS</u> : Veuillez utiliser le MOD=053 pour demander 90% du tarif de l'acte. Les actes dont la nomenclature indique « additionnel » et « supplément » sont payés au plein tarif.		

APPAREIL VASCULAIRE**THORACIQUE***Chirurgie congénitale*

04630	Correction de coarctation de l'aorte (incluant fermeture du canal artériel) (toute technique) (PG-23)	1 345,80	18
04631	Correction d'interruption ou hypoplasie de l'arc aortique (anastomose proximale à la carotide gauche) incluant la correction de la coarctation de l'aorte, la ligature du canal artériel et la fermeture de CIA ou de CIV ou la réparation d'une sténose sous-aortique « C » (PG-23)	3 154,20	12
04632	Réparation d'anneau vasculaire (PG-23)	807,50	12
04633	Encerclement de l'artère pulmonaire (PG-23)	763,30	12
04634	Désencerclement de l'artère pulmonaire (PG-23)	807,50	12
	<i>Anastomose :</i>		
04637	shunt systémo-pulmonaire (Blalock ou équivalent) (PG-23)	942,10	12
04638	cavo-pulmonaire (PG-23)	1 272,20	12
04639	correction de fenêtre aorto-pulmonaire (PG-23)	1 367,90	18
04598	anastomose de l'artère pulmonaire principale à l'aorte ascendante incluant le shunt systémo-pulmonaire, le cas échéant « C »(PG-23)	1 800,00	18
04621	réparation de retour veineux partiel anormal (PG-23)	953,60	18
04626	réparation de retour veineux total anormal (PG-23)	1 907,20	18
04627	réparation de sténose des veines pulmonaires (PG-23)	1 907,20	18
04641	correction de sténose de l'artère pulmonaire par patch ou par greffon (PG-23)	672,90	15
	unifocalisation de la circulation pulmonaire comprenant le shunt systémo-pulmonaire, ligature d'une ou plusieurs fistule(s) aorto-pulmonaire(s), anastomose bout à bout, correction de sténose artérielle pulmonaire		
04629	unilatérale « C » (PG-23)	1 814,00	18
04635	bilatérale « C » (PG-23)	2 860,90	18
04636	fermeture de CIV et/ou conduit externe du ventricule-vaissaux de la base, supplément (PG-23)	953,60	
04643	Fermeture de shunt systémo-pulmonaire (PG-23)	403,70	10
04644	Ligature ou division du canal artériel ou les deux (toute technique) (PG-23)	807,50	18

Chirurgie de l'aorte

04687 Lors d'une chirurgie de l'aorte, les cas suivants donnent droit à un supplément de 210,30 \$: anévrisme disséquant ou rompu, dissection aortique

AVIS : *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la condition spécifique qui permet de facturer ce supplément.*

04645 Remplacement de l'aorte ascendante (PG-23) 1 272,20 18

Spécialistes

J - SYSTÈME CARDIAQUE

		R = 1	R = 2
	Réparation d'un anévrisme isolé de la crosse aortique (toute technique) (PG-23)		
04647	temps chirurgical	2 017,60	18
04026	temps radiologique	750,00	18
04027	temps chirurgical et radiologique	2 017,60	18
	NOTE : Aucun autre acte d'angioradiologie ne peut être facturé à la même séance.		
04648	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoracique descendante incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artères intercostales (toute technique)	1 613,90	18
04650	Réparation d'un anévrisme isolé de l'aorte thoraco-abdominale incluant, le cas échéant, la réimplantation d'une ou plusieurs artère(s) intercostale(s)	1 780,00	18
04651	avec réimplantation d'une artère viscérale (toute technique), supplément	403,70	
04652	avec réimplantation de deux artères viscérales ou plus, supplément	726,00	
	NOTE : Aucune autre intervention vasculaire thoracique ou abdominale ne peut être réclamée avec ce service médical à la même séance.		
	<i>Autres chirurgies</i>		
04655	Thrombo-endarterectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte incluant embolectomie, le cas échéant	2 161,70	18
04649	Embolectomie pulmonaire uni ou bilatérale par voie ouverte pour embolie pulmonaire aiguë	1 051,40	
04656	Pontage aorto-sous-clavier ou aorto-innominé	779,10	15
	NON THORACIQUE		
	AVIS : Voir la règle 8.3 de l'Addendum 4 - Chirurgie.		
04660	Angioscopie per-opératoire, supplément	94,50	2
+04661	Exposition d'une artère majeure pour angioplastie transluminale sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	210,00	6
04662	Exérèse d'embolie ou de thrombus par voie ouverte	450,00	10
04665	Embolectomie ou thrombectomie par sonde Fogarty (au cours d'une chirurgie vasculaire autre qu'une embolectomie ou une thrombectomie) à une artère autre que celle de l'anastomose, une ou plusieurs, supplément	100,00	
+04666	Chirurgie exploratoire d'une artère majeure au niveau d'une extrémité à l'exception du pied ou de la main	380,00	8
04667	Réparation d'anévrisme d'une artère périphérique	504,00	8
	NOTE : Aucun des quatre suppléments suivants ne peut s'ajouter à ce service.		
04668	d'une aorte abdominale ou aorto-iliaque ou périphérique, supplément	150,00	4
04669	anévrisme rupturé ou disséquant, supplément	450,00	4

J - SYSTÈME CARDIAQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
04674	Excision d'une tumeur du corps carotidien	650,00	8
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée sans remplace- ment au même site		
04677	aorte	666,80	15
04678	aorto-iliaque, uni ou bilatérale	912,50	15
04679	aorto-fémorale, uni ou bilatérale	1 062,60	15
04680	artère périphérique excluant pour hémodialyse	517,00	12
	Exérèse de prothèse vasculaire infectée, sans rempla- cement au même site, lors d'une chirurgie vasculaire		
04683	aorte, supplément	300,00	
04684	aorto-iliaque, uni ou bilatérale, supplément	414,80	
04685	aorto-fémorale, uni ou bilatérale, supplément	483,00	
04686	artère périphérique, sauf pour hémodialyse, supplé- ment	246,80	
04688	Exérèse complète de prothèse vasculaire infectée lors d'un remplacement au même site, sauf pour hémodia- lyse (joindre le protocole opératoire et le rapport de pathologie à votre demande de paiement)	315,00	
04028	prothèse aortique, supplément	315,00	
04029	prothèse d'un vaisseau périphérique, supplément	350,00	

AVIS : *Le protocole opératoire et le rapport de pathologie sont obligatoires pour l'appréciation de ce service.*

04689	Réintervention artérielle au même site, après 72 heures, sauf pour hémodialyse, supplément	231,00	
	NOTE : Ce supplément ne peut être utilisé avec les actes codés 04677, 04678, 04679, 04680 et 04688.		

Perfusion régionale pour chimiothérapie

04691	Insertion par laparotomie d'un cathéter artériel pour perfusion continue avec ou sans mise en place d'une pompe ou d'un réservoir	280,00	8
-------	---	--------	---

Thrombo-endarterectomie et/ou angioplastie ouverte et/ou pontage d'une artère abdominale

04692	Artère rénale - artère mésentérique supérieure ou tronc coeliaque	800,00	15
04693	Aorto-aortique	1 000,00	15
	Aorto-iliaque :		
04694	unilatéral	1 000,00	15
04695	bilatéral	1 250,00	15
	Aorto-fémoral :		
04696	unilatéral	1 150,00	15
04697	bilatéral	1 350,00	15
04698	ilio-fémoral	940,80	12
04699	Aorto-fémoral unilatéral et aorto-iliaque contro-latéral	1 300,00	15

		R = 1	R = 2
<i>Réparation de fistule artério-veineuse pour hémodialyse</i>			
04752	Thrombectomie par voie ouverte	173,30	6
04753	Angioplastie par patch ou greffon ou remplacement d'un segment avec ou sans thrombectomie	315,00	10
04754	Exérèse d'anévrisme sans réparation	231,00	8
04755	Ligature de fistule artério-veineuse pour hémodialyse	115,50	7
04756	Exérèse de prothèse infectée lors de création de nouvelle fistule pour hémodialyse à un site différent, supplément	115,50	
<i>Réparation de fistules artério-veineuses excluant les fistules pour hémodialyse ou pour chimiothérapie</i>			
04758	Ligature d'une fistule artério-veineuse	105,00	7
+04759	Ligature de deux fistules artério-veineuses ou plus	157,50	7
04760	majeures	C.S.	12
<u>AVIS :</u> Voir la règle 16 du préambule général.			
NOTE : Aucun supplément ne peut s'ajouter aux trois actes ci-dessus.			
<i>Réparation</i>			
Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du cou par :			
04762	suture simple	705,60	10
04763	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe (PG-23)	823,20	12
04764	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	619,50	15
Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau du tronc (thoracique ou abdominale) par :			
04033	suture simple	705,60	10
04034	anastomose bout à bout ou angioplastie ou pontage (autogreffe ou prothèse)	823,20	12
Réparation d'une artère ou d'une veine majeure au niveau des extrémités par :			
04768	suture simple (PG-28)	250,00	8
04769	anastomose bout à bout ou angioplastie par pièce, greffe	660,00	8
04770	pontage par autogreffe veineuse ou prothèse (toute technique)	604,80	10
-----	Micro-anastomose d'une artère ou d'une veine	(Voir musculo-squelette)	
-----	Greffe d'une artère ou d'une veine micro-anastomosée	(Voir musculo-squelette)	
04776	Ligature de la carotide, région cervicale, immédiate, définitive ou temporaire	114,00	6
04777	Ligature de l'artère iliaque ou de la veine iliaque ou les deux pour contrôle d'hémorragie, unilatérale ou bilatérale, incluant laparotomie	441,00	6
04778	Ligature de la veine fémorale (toute technique)	190,00	5

		R = 1	R = 2
VEINES, VARICES ET ULCÈRES VARIQUEUX			
04782	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène interne et de ses branches, ou de la jonction saphéno-poplitée	94,50	6
+04783	Ligature et/ou section de la crosse de la saphène avec ou sans injection rétrograde	94,50	6
04784	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes ou externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures ou mineures incluant ligature de la crosse de la saphène (PG-28)	252,00	6
04785	Ligature, section et exérèse au complet des veines saphènes internes et externes, avec ou sans ligatures étagées des veines majeures et mineures	315,00	6
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux avec trouble fonctionnel dans un but thérapeutique, sans autre chirurgie veineuse, par membre		
04786	une incision	63,00	5
04787	deux incisions	77,70	5
04788	trois incisions ou plus	92,40	5
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la Règle 8.1 de l'Addendum 4.		
	NOTE : L'autorisation préalable de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> Inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.		
	Dissection et excision de paquets variqueux ou ligature de perforantes ou les deux, par membre, au cours d'une autre chirurgie veineuse		
04790	une incision	14,70	
04791	deux incisions	29,40	
04792	trois incisions ou plus	44,10	
	NOTE : Le deuxième membre est payé à 100 % du tarif nonobstant la règle 8.1 de l'Addendum 4.		
04794	Ligature sous-fasciale de veines perforantes incompetentes, avec ou sans greffe de peau Linton-Cockett	315,00	6
+04795	Ulcère variqueux, exérèse et greffe cutanée (incluant prélèvement)	240,00	5
04796	Redissection de la jonction saphéno-fémorale pour récurrence de varices	126,00	6
	Exérèse de veine pour phlébite suppurée		
04798	sus-aponévrotique	105,00	5
04799	sous-aponévrotique	210,00	5

INDEX

Page

SYSTÈME LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE	K-2
--	------------

SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE

AVIS : *Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Excision

04159	Exérèse de ganglions cervicaux (bénin ou malin) (PG-28)	135,50	6
04158	si effectuée sous anesthésie générale, supplément	114,50	
04161	Excision simple de ganglions lymphatiques pour lésion maligne (PG-28)	126,00	6
04162	Résection locale de ganglions lymphatiques pour lésion bénigne (PG-28)	126,00	6
+04160	Résection locale de ganglions lymphatiques répondant aux caractéristiques de la mycobactérie atypique ou de la maladie des griffes de chat (avec rapport pathologique ou microbiologique à l'appui transmis dans les 3 mois suivant l'intervention)	375,00	6

AVIS : *Le rapport pathologique ou microbiologique doit être envoyé en même temps que votre demande de paiement. Si celui-ci n'est pas disponible lors de la facturation, veuillez attendre que la Régie vous fasse parvenir une demande de renseignements complémentaires pour le transmettre.*

Voir la règle 16 du préambule général.

04235	Splénectomie (avec ou sans biopsie ganglionnaire) incluant l'excision de rate(s) surnuméraire(s) et la biopsie extemporanée de la rate	588,00	10
04257	Splénectomie chez le cadavre	189,00	
	Rupture de la rate, réparation par :		
04250	suture (non iatrogénique)	588,00	10
04166	suture (iatrogénique)	315,00	
04251	splénectomie partielle avec ou sans suture de lacération	705,60	10
04247	Splénectomie et staging de Hodgkin avec ou sans fixation des ovaires	504,00	10
04236	Bouton osseux	37,00	4
	Évidement cervical :		
04233	type fonctionnel (Bocca) conservant muscles, vaisseaux et nerfs	750,00	10
04234	total	600,00	10
04242	bilatéral, toutes techniques	1 000,00	12
04238	sus-hyoïdien	375,00	7

INDEX

	<i>Page</i>
SYSTÈME DIGESTIF	L-2
Lèvres	L-2
Bouche	L-3
Dents et gencives	L-3
Langue	L-4
Palais et luette	L-5
Amygdales et adénoïdes	L-6
Pharynx	L-6
Glandes salivaires	L-7
Oesophage	L-7
Estomac	L-9
Intestin (à l'exception du rectum)	L-10
Appendice	L-12
Rectum	L-12
Anus	L-14
Foie	L-14
Voies biliaires	L-15
Pancréas	L-16
Abdomen, péritoine et épiploon	L-17
ANNEXE : Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie	L-20

L - SYSTÈME DIGESTIF

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

NOTE : L'honoraire d'une chirurgie identifiée par la mention « D » inclut toute autre intervention du présent onglet pratiquée à la même séance à l'exception des codes où il y a des suppléments.

LÈVRES*Excision*

05112	Réséction en V de la lèvre incluant la réparation plastique (PG-28)	250,00	6
05113	Section du frein de la lèvre supérieure	31,60	4
05167	Exérèse de leucoplasie extensive d'une lèvre	250,00	5

Réparation

	Fissure labiale :		
05320	unilatérale	360,00	8
05321	bilatérale en un temps	420,00	8
05322	bilatérale en deux temps, chacun	300,00	8
05316	correction de la pointe du nez, supplément	125,00	
05317	correction de la crête alvéolaire, supplément	125,00	
	Chirurgie itérative pour fissure labiale		
05318	reprise complète de labioplastie post-fissure labiale congénitale	450,00	8
05319	correction mineure de labioplastie post-fissure labiale congénitale	312,50	8
05323	Reconstruction secondaire (lambeau d'Abbé, cross lip), les deux temps	562,50	8
+05324	Reconstruction labiale totale, inférieure ou supérieure, après amputation traumatique ou pour cancer (chéiloplastie)	500,00	8

GLANDES SALIVAIRES*Incision*

	Sialolithotomie :		
	par voie buccale :		
05085	1/3 antérieur du canal	49,00	5
05086	2/3 postérieur du canal	125,00	6
05012	Ouverture et drainage d'un abcès de la parotide : traitement complet	50,80	5
05013	Ouverture et drainage d'un abcès de la glande sous-maxillaire	50,80	5

Excision

05170	Exérèse d'une petite tumeur d'une glande salivaire (PG-28)	50,80	5
05213	Exérèse de glande sous-maxillaire (PG-28)	375,00	5
05171	Exérèse de tumeur de la parotide (sans dissection du nerf facial) (PG-28)	375,00	5
05043	Parotidectomie avec dissection ou résection du nerf facial	875,00	10

Réparation

05340	Réfection du canal (plastie)	437,50	5
+ 05351	Réimplantation du canal de Wharton, unilatérale	250,00	5
05341	Fermeture d'une fistule salivaire	375,00	5
	Relocalisation des glandes sous-maxillaires		
05031	unilatérale	254,10	5
05032	bilatérale	450,00	7

Manipulation

05801	Dilatation du canal	30,00	5
-------	-------------------------------	-------	---

OESOPHAGE*Incision*

	Oesophagostomie ou oesophagotomie incluant l'exérèse de tumeur bénigne ou de corps étranger, le cas échéant		
05019	cervicale	375,00	6
05020	thoracique	417,90	10
05033	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique avec ou sans myotomie, supplément	280,00	5

Excision

05116	Cure de diverticule pharyngo-oesophagien (Zenker) incluant la myotomie du crico-pharyngien	588,00	8
-------	--	--------	---

L - SYSTÈME DIGESTIF

Spécialistes

		R = 1	R = 2
05130	Résection locale avec anastomose bout à bout	543,90	12
05287	Oesophagectomie totale ou subtotale ou oesophago-gastrectomie incluant la vagotomie et l'interposition gastrique, toute voie d'approche	1 400,00	15
	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant		
05289	Pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	110,30	
05224	Oesophagectomie et réparation par interposition intestinale	1 500,00	18
	équipe de deux chirurgiens		
05220	chirurgien principal	1 350,00	18
05221	deuxième chirurgien	600,00	
05236	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	245,00	
05237	Oesophagectomie avec fistule cutanée et gastrostomie, sans anastomose	1 120,00	15
	<i>Réparation</i>		
05348	Oesophagoplastie cervicale	480,00	6
05354	Dérivation oesophagienne par voies cervicale et abdominale sans oesophagectomie	1 058,40	15
	NOTE : L'exérèse de la clavicule, du sternum ou de la première côte est incluse, le cas échéant		
05285	pyloromyotomie ou pyloroplastie, supplément	105,00	
05350	Oesophago-cardio-myotomie (Heller), toute voie d'approche	705,60	12
05344	avec procédure antireflux incluant la cure de hernie diaphragmatique, supplément	280,00	3
05067	Réparation d'une hernie hiatale incluant le procédé anti-reflux et la dilatation, le cas échéant, toute voie d'approche (PG-23)	732,90	12
05331	avec allongement de l'oesophage (cardiogastroplastie), toute voie d'approche, supplément (PG-23)	150,00	3
	Perforation ou rupture de l'oesophage :		
05356	voie cervicale	480,00	7
05357	voie thoracique ou abdominale ou les deux	705,60	12
05332	avec procédure antireflux, supplément	349,00	3
	Fermeture d'une oesophagostomie ou de toute autre fistule oesophagienne :		
05359	voie cervicale	250,00	5
05360	voie thoracique	823,20	10
05339	Cure définitive d'atrésie de l'oesophage avec ou sans réparation de fistule trachéo-oesophagienne (PG-23)	940,80	15
05504	Exploration thoracique pour atrésie de l'oesophage, sans anastomose	700,00	12

		R = 1	R = 2
ESTOMAC			
<i>Incision</i>			
05022	Pyloromyotomie (Fredet-Ramstedt) (PG-23)	367,50	10
05023	Gastrostomie ou duodénostomie, temporaire ou permanente, par voie ouverte ou laparoscopique (PG-23)	367,50	6
05076	Vagotomie, toute voie d'approche (toute technique) « D »	507,20	8
05025	Gastrotomie avec exploration ou exérèse de tumeur ou corps étranger ou biopsie ou mise en place de prothèse endoluminale	448,40	7
<i>Excision</i>			
Gastrectomie :			
05114	partielle ou subtotale avec ou sans vagotomie	837,90	10
05226	totale incluant la vagotomie	930,00	12
05205	splénectomie ou pancréatectomie partielle ou les deux, supplément	200,00	3
05206	si chirurgie gastrique antérieure, supplément	150,00	
05207	confection d'une anse en Y-de-Roux, supplément	245,00	
05132	résection en coin pour ulcère	514,50	6
<i>Réparation</i>			
05363	Pyloroplastie (PG-23)	514,50	7
05364	Pyloroplastie et vagotomie	588,00	7
Gastro-duodénostomie ou gastro-jéjunostomie:			
+ 05365	sans vagotomie	514,50	7
05366	avec vagotomie	588,00	7
Chirurgie pour obésité morbide, toute technique, toute voie d'approche:			
05355	Gastroplastie de réduction	705,60	12
05305	Gastroplastie prothétique ajustable	500,00	12
+ 05306	Dérivation gastrique en Y-de-Roux incluant toutes les entéro-entérostomies	962,85	12
05307	avec cholécystectomie, supplément	210,00	
+ 05308	Dérivation bilio-pancréatique incluant la gastrectomie et toutes les entéro-entérostomies	1 095,15	12
05309	avec cholécystectomie, supplément	210,00	
05373	Révision de gastro-entérostomie incluant la vagotomie, le cas échéant	618,50	8
05375	Fermeture de gastrostomie ou autre fistule gastrique externe	378,00	6
05376	Gastrorrhaphie ou duodénorrhaphie (pour ulcère perforé ou plaie) avec ou sans épiploplastie	378,00	10

INTESTIN (à l'exception du rectum)*Incision*

05108	Endoscopie de l'intestin par entérotomie ou colotomie lors d'une laparotomie, supplément	107,10	
05027	Iléostomie ou jéjunostomie (PG-23)	441,00	6
05238	Iléostomie ou jéjunostomie lors d'une autre chirurgie, supplément (PG-23)	220,50	
05029	Colostomie (PG-23)	441,00	6
05038	au cours d'une autre intervention, supplément	220,50	
05030	Caecostomie	441,00	6
05090	Entéro-entérostomie seule (grêle ou côlon) (PG-23)	514,50	8
+ 05039	entéro-entérostomie (grêle ou côlon) au cours d'une autre intervention, supplément	257,25	
	Entérotomie ou colotomie incluant, le cas échéant, une ou plusieurs biopsies ou exérèse de corps étranger ou exérèse de tumeur		
05093	unique (PG-23)	441,00	7
05094	multiple (PG-23)	514,50	9
	Strictureplastie pour maladie inflammatoire		
05097	unique	490,00	9
05098	additionnelle ou effectuée lors d'une autre chirurgie abdominale, chacune	150,00	

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

Excision

05121	Diverticule de Meckel (PG-23)	441,00	7
05110	exérèse de diverticule de Meckel au cours d'une autre intervention, supplément	210,00	
	Résection intestinale, sans anastomose :		
05136	intestin grêle ou côlon avec entérostomie, incluant la fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23) .	705,60	10
05165	recto-sigmoïde avec colostomie et fermeture du bout distal (Hartmann) ou fistule muqueuse (PG-23)	823,20	10
05166	totale du côlon avec iléostomie et fermeture du bout distal ou fistule muqueuse (PG-23)	940,80	12
	Procto-colectomie totale et iléostomie :		
+ 05233	un chirurgien	1 400,00	12
	deux chirurgiens :		
+ 05234	chirurgien abdominal	1 250,00	12
+ 05235	chirurgien périnéal	350,00	

Spécialistes

L - SYSTÈME DIGESTIF

		R = 1	R = 2
	Résection intestinale avec anastomose :		
05140	grêle (PG-23)	680,00	10
05152	grêle au cours d'une autre intervention, supplément. . .	288,00	
05141	iléo-caecale (PG-23)	800,00	10
05142	hémicolectomie droite (iléon terminal, caecum, côlon ascendant et angle hépatique) (PG-23)	800,00	10
05154	segment du côlon gauche ou transverse (PG-23)	800,00	10
05164	hémicolectomie gauche (PG-23)	800,00	10
05231	segment du côlon non contigu lors d'une autre résection colique, supplément.	336,00	
05232	colectomie totale avec iléo-rectostomie (PG-23)	1 150,00	12
	colectomie totale avec formation d'un réservoir iléal et anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation		
05279	un chirurgien	2 000,00	15
	deux chirurgiens		
05280	chirurgien abdominal	1 700,00	15
05281	chirurgien périnéal	600,00	
05505	avec mucoséctomie rectale, supplément.	200,00	
05282	conversion d'une iléostomie conventionnelle en un réservoir avec anastomose iléo-anale avec ou sans iléostomie de dérivation	1 058,40	15
05026	avec résection rectale dans un même temps, supplément.	352,80	
	Réparation		
	Révision d'entérostomie (grêle ou côlon)		
05382	sus-fasciale	232,10	7
05383	sous-fasciale	349,70	7
+05397	Transposition d'entérostomie (grêle ou côlon) dans un autre site avec ou sans laparotomie	588,00	7
05377	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale, supplément	175,00	
05378	avec cure d'hernie incisionnelle parastomale et plaque synthétique, supplément.	285,00	
05389	Suture intestinale (lacération de part en part) (PG-23) « D »	315,00	7
05387	Suture intestinale au cours d'une autre intervention, par lacération, supplément (PG-23)	80,00	
05390	Fermeture d'entérostomie (grêle ou côlon) (PG-23)	441,00	8
05388	au cours d'une autre intervention, supplément (PG-23) . .	220,50	
05393	Suture du mésentère post-traumatique sans autre intervention abdominale.	441,00	7
05379	Opération de Ladd pour malrotation intestinale (PG-23) .	504,00	15

L - SYSTÈME DIGESTIF**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Manipulation</i>			
05805	Réduction de prolapsus (PG-28)	37,80	
05806	Dilatation d'entérostomie, colostomie	37,80	
05807	Intubation du grêle, avec ou sans scopie	44,00	
	Occlusion intestinale :		
+ 05384	sans résection (PG-23)	441,00	8
+ 05385	réduction de volvulus ou d'invagination intestinale (PG-23)	441,00	8
05386	avec anastomose incluant la résection ou l'entéro-enté- rostomie (PG-23)	700,00	10
05361	Cure d'iléus méconial incluant l'iléostomie (toute technique) (PG-23)	604,80	18
05369	Lavage colique per-opérateur par incision entérique unique ou multiple, incluant appendicectomie le cas échéant, supplément	63,00	
APPENDICE			
<i>Incision</i>			
05036	Drainage d'abcès appendiculaire (PG-23)	294,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé avec l'acte codé 05201.		
<i>Excision</i>			
05201	Appendicectomie toute voie d'approche (PG-23) « D » .	294,00	5
05209	exérèse de diverticule de Meckel, supplément (PG-23)	210,00	
RECTUM			
<i>Incision</i>			
05044	Ouverture et drainage d'un abcès de la fosse ischiorectale, de l'espace pelvirectal supérieur ou de la loge rétrorectale	147,00	5
05045	Myotomie ou myectomie anorectale par voie périnéale .	300,00	6
	NOTE : Le service médical codé 05045 ne peut pas être utilisé lors d'une correction de fissure anale.		
<i>Excision</i>			
05192	Cryochirurgie ou fulguration d'une tumeur maligne ou villeuse du rectum	189,00	6
05182	Exérèse d'une tumeur villeuse du rectum par voie anale	220,50	6
05183	Exérèse par voie anale d'une tumeur maligne du rectum	441,00	8
05246	Résection abdomino-sacrée du rectum	940,80	12
05250	Rectotomie postérieure Kraskee	514,50	7
	Proctectomie :		
05240	résection antérieure	823,20	12
05241	résection périnéale d'un rectum restant avec colostomie ou "pull-through"	621,60	10

Spécialistes

L - SYSTÈME DIGESTIF

		R = 1	R = 2
+05242	résection abdomino-périnéale avec colostomie : un chirurgien.	1 250,00	14
+05243	équipe de deux chirurgiens : chirurgien abdominal.	1 050,00	14
+05244	chirurgien périnéal.	350,00	
05253	Opération pour mégacôlon congénital toute technique (PG-23).	1 058,40	15
05812	Ablation de corps étranger sous anesthésie générale ou régionale, par voie anale	126,00	6
05304	Tératome sacro-coccygien (excision) (PG-23)	823,20	15
Réparation			
05400	Anastomose du rectum avec segment proximal incluant la fermeture de la colostomie ou de l'iléostomie.	588,00	10
Imperforation anale :			
05418	voie périnéale (PG-23)	514,50	18
05434	voie sacro-coccygienne (PG-23)	588,00	18
05437	voies abdominale et périnéale (PG-23)	940,80	18
Prolapsus rectal :			
05404	excision de la muqueuse	189,00	6
05408	par rectopexie sans résection.	588,00	6
05409	par résection antérieure du rectum, incluant la rectopexie, le cas échéant	823,20	12
05405	par voie périnéale pour réparation majeure (Altmeier ou Delorme)	514,50	7
Suture du rectum (post-traumatique) :			
05410	approche extrapéritonéale	220,50	6
05411	approche intrapéritonéale.	588,00	7
Fermeture de fistule :			
05412	entéro-vaginale non associée à une résection intestinale.	335,00	6
05413	entéro-vésicale « D »	588,00	6
Manipulation			
05803	Examen anorectal sous anesthésie générale ou régionale (excluant la narcose) incluant, le cas échéant, dilatation, curetage, canulation, injection, biopsie ou cau- térisation avec ou sans rectosigmoïdoscopie.	126,00	5
NOTE : Ce service médical ne peut être associé avec une autre chirurgie anale.			

L - SYSTÈME DIGESTIF**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
ANUS			
<i>Incision</i>			
05050	Fistulotomie ou fistulectomie ou mise en place d'un séton, avec ou sans drainage d'abcès (PG-23)	165,60	6
05052	Sphinctérotomie ou fissurectomie.	105,00	6
<i>Excision</i>			
05144	Excision locale ou fulguration ou cryochirurgie de lésions bénignes (simple ou multiple) incluant, le cas échéant, condylome, hémorroïde externe, hémorroïde thrombosée, marisque, papille et polype anal.	90,30	5
05186	Excision locale pour lésion maligne	220,50	6
Hémorroïdectomie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, avec ou sans réparation de fissure :			
05248	interne et externe incluant, le cas échéant, les languettes péri-anales, la dilatation anale, la sphinctérotomie interne, la cryptectomie, l'excision ou l'incision d'hémorroïdes thrombosées, la papillectomie et l'exérèse de prolapsus muqueux et de granulome	210,00	6
05239	Révision d'hémorroïdectomie pour hémorragie, avec ou sans rectosigmoïdoscopie, sous anesthésie générale ou régionale	147,00	6
05249	Ligature d'hémorroïdes selon la technique de McGivney, Barron et Al, avec ou sans anoscopie, par séance	77,70	5
05247	si rectosigmoïdoscopie, supplément	15,80	
<i>Réparation</i>			
Anoplastie :			
05421	pour sténose (PG-23)	294,00	18
05422	Plastie du sphincter anal pour incontinence	367,50	5
05432	avec transplantation musculaire, supplément	100,00	1
05426	Encerclage de l'anus pour incontinence ou prolapsus (Thiersch)	97,10	5
FOIE			
<i>Incision</i>			
Hépatotomie :			
05057	exploratrice	367,50	7
05059	drainage ou marsupialisation d'abcès ou de kyste.	514,50	7

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
	Hépatectomie :		
05145	excision locale de lésion (PG-23)	441,00	9
05146	lobaire (réglée) (PG-23)	1 600,00	18
05174	lobaire élargie (5 segments ou plus ou 4 segments incluant le segment I), supplément.	300,00	
05147	partielle (résection de foie) (PG-23)	705,60	12
05148	Biopsie hépatique ou des voies biliaires incisionnelle ou à l'aiguille au cours d'une laparotomie ou laparoscopie, une ou plusieurs, supplément (PG-23)	60,90	
05122	Thermodestruction tumorale interstitielle par radiofré- quence, toute voie d'approche excluant la voie percuta- née (une ou plusieurs)	525,00	10
05137	Thermodestruction tumorale effectuée par un médecin spécialiste d'une autre discipline lors d'une laparotomie ou associée à une résection hépatique, supplément.	262,50	
<i>Réparation</i>			
+05431	Réparation de lésion traumatique du foie (suture ou paquetage) excluant une lésion iatrogénique au cours de la même séance.	588,00	10
	Transplantation hépatique :		
	intervention chez le donneur :		
05429	hépatectomie totale	823,20	12
	intervention chez le donneur vivant :		
+05053	hépatectomie partielle, toute technique	1 600,00	12
	intervention chez le receveur :		
05450	transplantation orthotopique, hépatectomie totale et greffe (PG-23)	2 800,00	18
05453	réduction hépatique lors d'une transplantation	924,00	
	intervention chez le receveur à partir d'un donneur vivant :		
05506	transplantation orthotopique, hépatectomie totale ainsi que toutes les interventions vasculaires	3 500,00	18
VOIES BILIAIRES (avec ou sans cholangiographie per-opératoire)			
<i>Incision</i>			
05056	Cholécystotomie ou cholécystostomie toute voie d'approche	367,50	7
05435	Cholédocho-duodénostomie ou cholédocho-jéjunosto- mie incluant la cholédochectomie	705,60	10
05419	Cholécysto-entérostomie	588,00	7
<i>Excision</i>			
05259	Excision de l'ampoule de Vater	750,00	6
05269	Cholécystectomie, toute voie d'approche	441,00	6

L - SYSTÈME DIGESTIF

Spécialistes

		R = 1	R = 2
05251	Dissection radicale du hile hépatique pour néoplasie de la vésicule biliaire ou des voies biliaires proximales, c'est-à-dire au-dessus de la jonction cysto-cholédocienne, supplément.	210,00	3
	NOTE : La dissection doit comprendre l'exérèse des ganglions de toute l'artère hépatique et du tronc coeliaque ainsi que des ganglions des gouttières pancréaticoduodénales antérieure et postérieure.		
05270	Lithotripsie par ondes de choc extracorporelles (L.O.C.E.C.) au niveau des voies biliaires (dans des établissements désignés par le ministre)	378,00	7
	AVIS : Voir la liste en annexe à la fin du présent onglet.		
05264	Cholécystectomie avec cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires).	588,00	7
05263	Cholécystectomie, cholédochotomie, duodénotomie, avec sphinctérotomie ou sphinctéroplastie	823,20	8
05277	Cholédochoscopie, supplément.	94,50	
	Réopérations sur les voies biliaires :		
05272	Cholédochotomie ou cholédochostomie (incluant exploration des voies biliaires).	705,60	8
05273	Cholédochotomie, duodénotomie (incluant sphinctérotomie ou sphinctéroplastie)	823,20	8
05439	Plastie des voies biliaires extrahépatiques avec anastomose termino-terminale, incluant la cholédochectomie s'il y a lieu	940,80	10
05442	Anastomose directe des voies biliaires intrahépatiques et du tube digestif incluant la cholédochectomie s'il y a lieu (PG-23)	1 058,40	12
05485	Atrésie des voies biliaires extrahépatiques : cure par porto-entérostomie en Y avec entéro-entérostomie avec biopsie hépatique (PG-23)	1 323,00	18
05486	Kyste congénital du cholédoque : cure par excision totale ou partielle avec anastomose des voies biliaires et du tube digestif y compris la biopsie hépatique et toutes les anastomoses (PG-23)	1 176,00	18
	PANCRÉAS		
	<i>Incision</i>		
05075	Sphinctérotomie pancréatique incluant sphinctéroplastie	672,00	10
	Débridement et irrigation intra-abdominale pour pancréatite		
05005	premier quart d'heure.	57,80	8
	chaque quart d'heure additionnel	26,30	
	AVIS : Pour le rôle 1, utiliser une seule ligne en indiquant le nombre total de quarts d'heure dans la case UNITÉS.		

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
	Pancréatectomie		
05155	subtotale, simple, excluant la tête	1 058,40	12
05156	pancréato-duodénectomie (Whipple).	1 750,00	18
05218	cholécystectomie, supplément.	168,00	
05219	vagotomie, supplément.	105,00	
05157	excision locale de lésion	514,50	8
05188	tumeur des îlots de Langerhans	823,20	12
05265	totale incluant pancréatectomie subtotale de Childs. . .	1 323,00	15
05268	pancréatographie per-opératoire, supplément	47,30	
05169	Biopsie unique ou multiple du pancréas à l'aiguille ou par incision, supplément	77,70	
<i>Réparation</i>			
05445	Pancréatico-gastrostomie	705,60	10
05446	Pancréatico-duodénostomie	705,60	10
05447	Pancréatico-jéjunostomie.	705,60	10
05448	Marsupialisation, pseudokyste du pancréas, drainage externe	441,00	9
	Intervention chez le donneur		
05424	prélèvement pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	525,00	10
05425	prélèvement pancréatique pour greffe d'îlots	157,50	10
	Intervention chez le receveur		
05416	transplantation pancréatique avec anastomose vasculaire et digestive	2 100,00	18
ABDOMEN, PÉRITOINE ET ÉPIPLOON			
<i>Incision</i>			
05010	Laparoscopie diagnostique avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	140,00	6
05011	lors d'une autre intervention chirurgicale, supplément	120,00	2
	NOTE : Ne s'ajoute pas à un acte comportant la mention « toute voie d'approche » sauf dans le cas d'une laparoscopie suivie d'une laparotomie.		
05077	Laparotomie avec ou sans biopsie (sauf les biopsies du pancréas, du foie ou des ganglions aortiques)	380,00	7
05118	Laparotomie pour traumatisme sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire	380,00	7
	Chirurgie ex utéro intrapartum.		
05061	temps chirurgical.	1 000,00	18
05507	temps obstétrical.	1 000,00	18
	Chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale incluant, le cas échéant, 1 ou 2 sites de péritonectomie		
05062	seule sans autre intervention chirurgicale	450,00	8
05063	lors d'une autre intervention, supplément.	300,00	
05064	péritonectomies multiples (3 ou plus), supplément (1*)	C.S.	
05191	Ablation de corps étranger, paroi abdominale (1*).	C.S.	5

AVIS : (1*) Voir la règle 16 du préambule général.

L - SYSTÈME DIGESTIF

Spécialistes

		R = 1	R = 2
05119	Biopsie d'une masse pelvienne à l'aide d'un trocart, soit par voie transabdominale, transvaginale ou autre, sous anesthésie régionale ou générale.	107,10	4
	Sutures infectées		
05195	sous anesthésie locale.	89,30	
05196	sous anesthésie générale ou régionale.	147,00	6
05080	Drainage d'abcès sous-phrénique ou intra-abdominal ou rétropéritonéal, unique ou multiple (PG-23)	400,10	8
05073	Drainage d'abcès du Douglas, par voie transrectale ou vaginale.	147,00	6
05084	Drainage d'abcès de la paroi abdominale.	147,00	5
05482	Dérivation péritonéo-jugulaire.	378,00	10
05483	Révision jugulaire de la dérivation péritonéo-jugulaire. . .	185,00	6
05487	Révision ou excision d'un cathéter de dérivation péritonéo-jugulaire	252,00	6
	Excision		
05190	Tumeur desmoïde située ailleurs qu'au rétropéritoine . . .	577,50	11
05194	Kyste du mésentère, toute voie d'approche.	441,00	5
05197	au cours d'une autre intervention chirurgicale intra-abdominale.	107,10	
05266	Omphalectomie ou omphaloplastie « D »	126,00	4
+05267	Omentectomie totale ou subtotal (au moins les deux tiers).	315,00	6
	Règle d'application :		
	L'omentectomie au cours d'une autre intervention chirurgicale est incluse dans le tarif de la chirurgie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
	Réparation (toute voie d'approche)		
	Herniorraphie inguinale ou fémorale :		
05455	simple, unilatérale (PG-23).	252,00	5
05456	unilatérale avec hydrocèle ou hématocele (PG-23) . . .	250,00	6
	NOTE : Un seul des actes 05456, 06389 et 06390, faits du même côté, peut être facturé pour un même patient dans une même séance.		
05457	bilatérale, en un temps (PG-23)	367,50	7

		R = 1	R = 2
<i>Réparation (toute voie d'approche)</i>			
05468	Herniorraphie inguinale unilatérale avec orchidectomie.	270,00	6
05477	Exploration de la région inguinale, fémorale ou crurale, à la suite d'une herniorraphie antérieure	277,20	6
05462	Herniorraphie ombilicale	198,50	6
	NOTE : Le service médical codé 05462 ne peut être facturé avec une autre intervention abdominale ou rétropérinéale, faite par la même incision ou par laparoscopie sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
+05471	Cure de hernie épigastrique (PG-23) «D»	220,00	6
05488	Cure de hernie de Spiegel.	294,00	6
05469	Cure de hernie incisionnelle ou parastomale	400,00	6
	NOTE : Ce service médical ne peut pas être facturé lors d'une laparotomie pour une autre pathologie, faite par la même incision, sauf si elle est effectuée par un chirurgien d'une autre discipline.		
05475	Réparation d'éventration postopératoire (PG-23)	367,50	6
05054	Cure de hernie inguinale, fémorale ou crurale récidivante	330,00	6
05472	Insertion de plaque synthétique, supplément.	115,50	
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé qu'avec l'un ou l'autre des actes codés 05469, 05475 ou 05054.		
05466	Exérèse complète d'une plaque synthétique	210,00	6
	Cure de hernie étranglée ou incarcerated :		
05459	sans résection intestinale (PG-23)	367,50	6
05460	avec résection intestinale (PG-23)	640,00	8
05452	Cure d'omphalocèle ou gastroschisis (PG-23)	514,50	18
	Réparation avec sac de silon (omphalocèle ou gastroschisis) :		
05473	premier traitement (PG-23)	367,50	18
05474	traitements subséquents (PG-23)	220,50	18
	Cure de hernie diaphragmatique congénitale :		
05478	voie abdominale ou thoracique à l'exception de la hernie hiatale (PG-23).	588,00	18
05467	Réparation chirurgicale d'urgence d'une hernie traumatique diaphragmatique ou congénitale (PG-23)	940,80	18
<i>Divers</i>			
05479	Traitement de syndrome de compression du tronc coeliaque par ligament arqué	504,00	7
05480	Excision radicale ou partielle de tumeur maligne (type sarcome, tératome, neuroblastome) (PG-23)	940,80	12
05489	Splanchnicectomie coeliaque transhiatale uni ou bilatérale, toute voie d'approche	504,00	10

ANNEXE

Liste des centres hospitaliers qui offrent des services de lithotripsie

Région 03 : Québec

Centre hospitalier universitaire de Québec :
- Pavillon Saint-François d'Assise

Région 05 : Estrie

Centre hospitalier universitaire de santé de Sherbrooke :
- Hôpital Fleurimont

Région 06 : Montréal-Centre

Centre hospitalier de l'université de Montréal :
- Campus Saint-Luc

Centre universitaire de santé Mc Gill :
- Hôpital Royal Victoria

INDEX

Page

APPAREIL URINAIRE	M-2
Rein	M-2
Rétropéritoine	M-4
Uretère	M-4
Vessie	M-7
Urètre	M-9

M - APPAREIL URINAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

06000	Lithotripsie par ondes de choc extra-corporelles, unilatérale (L.O.C.E.C.)	360,00	6
-------	--	--------	---

REIN

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Rein* peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision ou extraction

06003	Ouverture et drainage d'abcès périrénal	263,00	5
06039	Mise en place d'un ballon de tamponnade de néphrostomie (dans une séance opératoire subséquente)	197,00	4
06012	Calicopyélostomie, par voie ouverte, incluant, le cas échéant, néphrotomie ou néphrostomie, avec ou sans exérèse de calculs.	631,00	10
06008	Extraction de calcul caliciel (toute technique) incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage.	526,00	8
06011	Néphrostomie par voie ouverte	490,00	5
06005	Extraction de calcul coralliforme (toute technique) incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	736,00	10
06006	Extraction de calcul pyélique (toute technique) incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), la néphroscopie ou l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage.	526,00	6

Spécialistes

M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
+ 06029	Néphroscopie percutanée pour calcul mais sans extraction, incluant, le cas échéant, la dilatation ou la néphrostomie percutanée si faite dans la même séance (par un urologue), l'urétéroscopie antégrade et les tubes de drainage	329,00	5
	NOTE : Si néphroscopie post-néphrolithotomie percutanée sous anesthésie locale, par trajet de néphrostomie existant, voir le service médical code d'acte 00373.		
06007	Traitement chirurgical de hernie lombaire	345,50	6
	<i>Excision</i>		
06100	Biopsie du rein par voie ouverte	345,50	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans une même séance.		
	Néphrectomie :		
06101	partielle	841,00	8
06115	totale incluant l'urétérectomie subtotale	631,00	8
06200	radicale avec évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux dans le cas de tumeur rénale incluant, le cas échéant, l'exploration et la surrénalectomie ipsilatérale	841,00	10
	NOTE : Ne peut être associé aux services médicaux codés 04241 et 04248.		
+ 06199	partielle ou totale ou radicale, avec résection complète de l'uretère et de collerette vésicale, avec ou sans évidement des tissus graisseux et lymphatiques périrénaux	1 000,00	12
06217	Traitement percutané de tumeurs malignes du bassinet par résection, électrocoagulation ou Laser incluant, le cas échéant, les biopsies du bassinet, la néphroscopie, la dilatation ou la néphrostomie percutanée faites dans la même séance (par un urologue) et les tubes de drainage	385,00	6
06204	Marsupialisation ou exérèse ou les deux de kyste rénal, unique ou multiple, unilatéral	329,00	5
	Transplantation rénale :		
	excluant la thérapie immuno-suppressive		
06221	1 chirurgien	940,80	12
	équipe de 2 chirurgiens :		
06222	temps vasculaire	441,00	12
06223	temps urologique	197,00	
	NOTE : Malgré la Règle 8 de l'Addendum 4, pour toutes les transplantations rénales, la chirurgie principale de même nature au niveau du côté contralatéral et faite par une incision différente, est payée à 90 %. (MOD=168)		

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
06213	néphrectomie : chez le donneur vivant	640,50	10
	chez le donneur à coeur arrêté		
06080	avec prélèvement	525,00	10
06081	sans prélèvement	250,00	10
06214	chez le cadavre (unilatérale ou bilatérale)	420,00	10

AVIS : Les actes 06080, 06081, 06213 et 06214 sont payables par la Régie même si le prélèvement ne provient pas d'un donneur québécois. Dans ce cas, ne rien inscrire dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, mais remplir les cases PRÉNOM ET NOM À LA NAISSANCE, DATE DE NAISSANCE, SEXE et ADRESSE (province et/ou pays de résidence) du donneur.

Si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S..

Réparation

06320	Chirurgie des vaisseaux rénaux (réparation)	480,00	8
06322	Néphropexie	240,00	6
06804	Hypothermie rénale par le chirurgien, supplément	60,20	
06327	Symphyséotomie pour rein en fer à cheval avec ou sans néphropexie, uni ou bilatérale	526,00	8

Suture

06325	Suture d'une blessure du rein (non iatrogénique).	672,00	7
-------	---	--------	---

RÉTROPÉRITOINE

06161	Excision complète de tumeur rétropéritonéale	672,00	10
06162	Exploration de tumeur ou de lésion rétropéritonéale avec ou sans biopsie	420,00	6

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire.

URETÈRE**Incision ou extraction**

06019	Section ou résection endoscopique d'urétérocèle	181,00	5
	NOTE : Ne peut être associé à un autre acte chirurgical au même site et ne peut être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale ou urétéro-rénale.		
06015	Urétérotomie pour exploration ou drainage ou extraction de calcul de l'uretère lombaire incluant, le cas échéant, l'urétéroscopie ou la néphroscopie per-opératoire et les tubes de drainage	394,00	5

		R = 1	R = 2
06350	Opération de Boari	631,00	8
VESSIE			
<i>Incision</i>			
06010	Section ou résection du col vésical, non effectuée à la même séance opératoire qu'un autre acte de type de résection transurétrale, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales. NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.	263,00	5
06013	Auto-agrandissement vésical par incisions multiples du détrusor. NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.	361,00	6
06020	Cystostomie : isolée NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.	263,00	6
06023	avec un ou plusieurs des services médicaux suivants : - électrocoagulation - excision de tumeur vésicale - extraction de calculs NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie dans une même séance par un ou plusieurs chirurgien(s) de la même discipline.	329,00	6
06025	avec implantation de stimulateur électrique	460,00	5
06017	avec cathétérisme des uretères (ne peut être associé à une chirurgie vésicale ou urétérale)	180,00	5
06018	Dénervation de la vessie par transsection.	350,00	7
06049	Insertion d'un stimulateur vésical avec implantation d'électrodes aux racines des nerfs sacrés, par laminectomie, incluant, le cas échéant, les rhizotomies sélectives, la stimulation électrique et les mesures de pression intravésicale et intra-urétrale et la mise en place du boîtier en sous-cutané	946,00	12
06022	Ouverture et drainage d'un abcès ou de collection de l'espace péri ou prévésical	263,00	5

		R = 1	R = 2
<i>Injections thérapeutiques</i>			
06001	Injections multiples dans le détrusor d'une médication pour l'inhibition des contractions vésicales incluant la cautérisation si saignement et les tubes de drainage	180,00	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical compris sous cette rubrique Vessie ou sous la section Procédés diagnostiques et thérapeutiques dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.		
<i>Excision</i>			
06159	Vésicostomie cutanée	329,00	4
Cystectomie :			
06113	partielle (pour tumeur, diverticule, mégavessie ou fistule entéro-vésicale) unique ou multiple, avec ou sans urétérolyse	460,00	6
06114	partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie (urétéro-néocystostomie) avec ou sans tunnellisation vésicale, avec ou sans urétérolyse	631,00	8
06205	totale ou cystoprostatectomie excluant évidemment ganglionnaire (incluant, le cas échéant, l'urétréctomie chez la femme)	736,00	12
06002	cystoprostatectomie radicale incluant la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie et, le cas échéant, l'urétréctomie totale	1 880,00	18
06038	exentération antérieure chez la femme incluant la cystectomie totale, la dérivation urinaire cutanée par segment intestinal tubularisé (ex. : Bricker et autres), la lymphadénectomie pelvienne et, le cas échéant, l'urétréctomie totale, la vaginectomie partielle ou totale, la reconstruction vaginale avec ou sans greffe, l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie bilatérale	1 880,00	18
06041	pour segment détubularisé (ex. : Kock, Indiana et autres), supplément	150,00	
06042	pour remplacement vésical tubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Camey et autres), supplément . . .	240,00	
06052	pour remplacement vésical détubularisé avec anastomose urétrale (ex. : Studer et autres), supplément	368,00	
	NOTE : Les suppléments codés 06041, 06042, 06052 ne s'appliquent qu'aux actes codés 06002 et 06038.		
06220	Excision d'un kyste ou d'un sinus de l'ouraque avec ou sans réparation d'hernie ombilicale	315,00	5
Traitement chirurgical endoscopique (toute technique) :			
06168	de tumeur maligne de la vessie, unique ou multiple, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales	208,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une autre chirurgie transurétrale.		

		R = 1	R = 2
<i>Destruction</i>			
06301	Litholapaxie : broyage d'un ou plusieurs calculs et extraction des fragments	250,00	5
<i>Réparation</i>			
06352	Cystotomie pour plastie en Y-V du col vésical, avec ou sans extraction de calculs	526,00	5
06311	Entéro-cystoplastie d'augmentation incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales mais excluant la cystectomie partielle	631,00	12
06312	Remplacement vésical avec anastomose à l'urètre restant, incluant, le cas échéant, les résections et anastomoses intestinales et les anastomoses urétéro-intestinales mais excluant la cystectomie totale et l'évidement ganglionnaire		
	par segment intestinal tubularisé (ex. Camey et autres)	1 183,00	12
06336	par segment intestinal détubularisé (ex. Studer et autres)	1 314,00	16
06277	Valve de continence, supplément par valve	197,00	
	Conversion d'un conduit iléal ou colonique en un réservoir continent excluant les réanastomoses urétéro-intestinales		
06343	univalvulaire	631,00	15
06344	plurivalvulaire	672,00	15
06383	Plastie pour extrophie vésicale sans correction d'épispadias incluant les lambeaux cutanés	736,00	18
<i>Suture</i>			
06357	Cystorrhaphie, pour rupture de la vessie	394,00	6
06358	Fermeture de cystostomie ou de fistule vésico-cutanée . .	329,00	5
	Fermeture de fistule vésico-vaginale avec ou sans dérivation		
06402	par voie sus-pubienne	526,00	6
06403	par voie vaginale	460,00	5
06423	Fermeture du col vésical par voie sus-pubienne	394,00	5
URÈTRE			
<i>Incision</i>			
06030	Urétrostomie externe antérieure	131,00	5
06031	Urétrotomie externe par voie périnéale	197,00	6
06032	Méatotomie comportant la section du méat, l'hémostase et l'approximation des muqueuses	60,20	4
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical à la même séance.		
	Ouverture et drainage :		
06033	d'un abcès péri-urétral profond	197,00	6
06034	d'une extravasation d'urine, avec cystostomie	263,00	6

M - APPAREIL URINAIRE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
06190	Excision ou électrocoagulation d'une caroncule de l'urètre ou de prolapsus urétral	112,00	5
06210	Exérèse d'un diverticule de l'urètre (homme ou femme) . .	263,00	6
06211	Excision transurétrale d'une valve de l'urètre postérieur avec ou sans cystoscopie	197,00	5
	NOTE : Ne peut pas être facturé avec une endoscopie ou une manipulation uréthro-vésicale et avec une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
06035	Sphinctérotomie (sphincter externe)	197,00	6
06215	Urétréctomie totale	280,00	6
06219	Traitement endoscopique d'une tumeur maligne de l'urètre incluant, le cas échéant, les biopsies de l'urètre et la dilatation urétrale	112,00	6
	NOTE : Ne peut être associé à une autre chirurgie de type résection transurétrale.		
<i>Réparation</i>			
06362	Urétropexie, avec ou sans dérivation urinaire, incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales per-opératoires (pour spécialistes en urologie seulement)	329,00	6
06021	prélèvement d'une ou plusieurs bandelette(s) aponévrotique(s) autologue(s), supplément	100,00	
	Urétrolyse post-urétropexie		
06037	par voie sus-pubienne	438,00	7
06014	par voie vaginale	197,00	7
	NOTE : Ces actes ne peuvent être facturés avec un autre acte chirurgical compris dans la section <i>Urètre</i> sous la rubrique <i>Réparation</i> .		
	Urétroplastie avec ou sans dérivation urinaire :		
06446	pour urètre antérieur, en 1 temps, avec greffe	460,00	7
06447	pour urètre antérieur, en 1 temps, sans greffe	460,00	7
06448	pour urètre antérieur, en 2 temps, chaque temps	329,00	7
06449	pour urètre postérieur, en 2 temps, chaque temps	460,00	7
06450	pour urètre postérieur, en 1 temps, avec greffe	736,00	7

Spécialistes

M - APPAREIL URINAIRE

		R = 1	R = 2
06373	Correction d'incontinence urinaire par injection sous-muqueuse ou péri-urétrale (teflon, collagène, graisse ou autre), incluant, le cas échéant, les endoscopies et les manipulations uréthro-vésicales par sphincter artificiel (Rosen, Scott ou autres)	181,00	5
06417	Tubularisation uréthro-vésicale (Youg-Dees, Tanagho, etc.)	631,00	10
06374	Tubularisation uréthro-vésicale (Youg-Dees, Tanagho, etc.)	736,00	8
+ 06454	Révision du manchon hydraulique d'un sphincter artificiel avec ou sans remplacement incluant, le cas échéant, l'exérèse	263,00	5
06384	Révision inguinale du sphincter artificiel pour incontinence urinaire excluant le remplacement du manchon . .	197,00	5
06347	Exérèse de prothèse sphinctérienne d'incontinence	197,00	5
Suture			
Urétrorrhaphie avec ou sans dérivation urinaire :			
06366	pour rupture antérieure	197,00	5
06367	pour rupture postérieure, opération immédiate	526,00	8
+ 06368	pour rupture postérieure, opération tardive, dérivation urinaire comprise	631,00	8
+ 06369	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire sans lambeau	263,00	6
+ 06302	Fermeture d'urétrostomie ou de fistule de l'urètre, une ou plusieurs, incluant dérivation urinaire avec lambeau	329,00	6
+ 06370	Fermeture de fistule uréthro-vaginale avec ou sans dérivation urinaire	526,00	6
06371	Fermeture de fistule uréthro-rectale avec ou sans dérivation urinaire	504,00	6
06372	Fermeture de l'urètre par voie vaginale	329,00	6
Reconstruction du sinus urogénital avec ou sans dérivation urinaire			
06295	par plastie simple de l'orifice du sinus sans lambeau . .	60,00	6
+ 06296	avec confection d'un lambeau postérieur ou antérieur . .	150,00	6
06297	avec confection d'un lambeau postérieur et antérieur . .	275,00	7
06298	abaissement du sinus génital situé en position sus-sphinctérienne	672,00	10
06306	Clitoroplastie de réduction avec préservation de la bandelette neurovasculaire incluant la plastie des petites et des grandes lèvres	986,00	12
avec abaissement vaginal :			
06307	vagin proximal au rhabdosphincter urinaire, supplément	600,00	
06308	vagin distal au rhabdosphincter urinaire, supplément	329,00	
NOTE : Un seul de ces deux suppléments est payable au cours d'une même chirurgie.			

INDEX

Page

APPAREIL GÉNITAL MÂLE.....	N-2
Pénis.....	N-2
Testicules.....	N-4
Scrotum.....	N-5
Canal déférent.....	N-5
Cordon.....	N-5
Vésicule séminale.....	N-5
Prostate.....	N-6

N - APPAREIL GÉNITAL MALE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

PÉNIS

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique *Pénis* peut être facturé à la fois dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Incision

06077	Traitement chirurgical du priapisme toute technique, excluant les traitements par aspirations avec ou sans injection de substances pharmacologiques	329,00	6
+06078	Implantation ou remplacement de prothèse non gonflable ou gonflable unipièce	329,00	6
06079	Implantation ou remplacement complet de prothèse gonflable à 2 ou 3 composantes	460,00	6

Excision

06127	Circconcision pour pathologie du prépuce	219,00	5
-------	--	--------	---

NOTE : Ne peut s'appliquer pour la technique à la cloche.

AVIS : La condition pathologique justifiant la facturation du code d'acte 06127 doit être inscrite dans la case CODE DU DIAGNOSTIC. Dans le cas où le code englobe plusieurs diagnostics, inscrire le libellé du diagnostic concerné dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et indiquer la lettre « A » dans la case C.S..

06119	Amputation : partielle du pénis, incluant segment d'urètre	263,00	5
+06218	complète du pénis incluant urétrostomie périnéale ...	526,00	6
06131	Excision ou fulguration ou les deux de lésions locales du pénis et/ou allongement du frein du prépuce	27,40	4

NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical au même site.

Spécialistes

N - APPAREIL GÉNITAL MALE

		R = 1	R = 2
06116	Exérèse ou révision de prothèse pénienne non gonflable ou gonflable unipièce	197,00	5
06117	Exérèse ou révision de prothèse pénienne gonflable à 2 ou 3 composantes	301,00	5
<i>Réparation</i>			
	Hypospadias glandulaire ou coronal avec ou sans dérivation urinaire :		
+06354	correction en un temps (toute technique)	197,00	5
	Hypospadias pénien avec ou sans dérivation urinaire :		
06224	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	394,00	6
06226	correction de chordée.	263,00	6
06227	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	360,00	5
	Hypospadias péno-scrotal avec ou sans dérivation urinaire :		
06234	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	736,00	12
+06236	correction de chordée.	329,00	6
06237	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	460,00	8
	Hypospadias périnéal avec ou sans dérivation urinaire :		
06291	correction en un temps (toute technique), incluant les lambeaux ou greffes cutanées	964,00	18
+06292	correction de chordée.	361,00	6
06293	reconstruction de l'urètre incluant les lambeaux ou greffes cutanées (toute technique).	578,00	8
06360	Chirurgie itérative pour reconstruction complète de l'urètre (hypospadias), avec ou sans dérivation urinaire, incluant les lambeaux ou greffes cutanées.	631,00	6
06379	intervention additionnelle pour correction de fistule uréthro-cutanée, une ou plusieurs	197,00	6
	Plastie des corps caverneux pour hypospadias ou épispadias :		
06228	avec désinsertion des corps caverneux	672,00	8
06229	sans désinsertion des corps caverneux.	329,00	5
	Reconstruction pour transposition pénoscrotale avec ou sans dérivation urinaire		
+06238	sans urétroplastie	360,00	6
	Plastie des corps caverneux ou spongieux ou les deux :		
+06380	après traumatisme ou pour lésions fibrosantes	394,00	6
06432	pour épispadias 1er temps avec plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	704,00	8
06433	pour épispadias avec correction complète et plastie de la vessie pour extrophie vésicale incluant les lambeaux cutanés	792,00	12
+06382	pour épispadias au-delà du sphincter externe ou correction en 2 temps, chaque temps avec ou sans dérivation urinaire	300,00	6

N - APPAREIL GÉNITAL MALE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
06396	Cure d'épispadias par la technique de Cantwell-Ransley	1183,00	18
06364	Réimplantation du pénis avec microanastomose	900,00	18
	Revascularisation des corps caverneux par microchirurgie :		
06314	une ou plusieurs microanastomoses, uni ou bilatérale, entre une artère donatrice et un vaisseau du pénis, incluant la préparation de l'artère donatrice	350,00	8
06317	shunt veineux entre une ou plusieurs artères et un ou plusieurs vaisseaux du pénis, incluant la préparation du greffon et les microanastomoses	493,00	10

TESTICULES

NOTE : Un seul acte chirurgical compris sous cette rubrique **Testicules** peut être facturé à la fois par côté (ipsilatéral) dans une même séance par un ou plusieurs chirurgiens de la même discipline.

Excision

06122	Orchiectomie par voie scrotale, uni ou bilatérale	197,00	6
06125	Orchiectomie par voie inguinale	263,00	6

NOTE : Si cure de hernie associée, voir le service médical codé 05468, système digestif (cas particulier : C.S.)

AVIS : Voir la règle 16 du préambule général.

Réparation

NOTE : Aucun des services médicaux de cette sous-section ne peut être facturé avec les services médicaux codés 05455 et 05456 lorsque effectués du même côté à la même séance.

06257	Exploration pour torsion du testicule (fixation ou orchiectomie) ou de l'hydatide et fixation du testicule du côté opposé, le cas échéant ou les deux.	301,00	5
06285	Orchidopexie	329,00	5
06245	Ligature de vaisseaux spermatiques pour orchidopexie, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	241,00	5
	NOTE : Ne peut être facturé avec un autre acte chirurgical dans la même séance.		
06391	Exploration abdominale ou inguinale ou les deux avec ou sans orchiectomie pour cryptorchidie	329,00	6
06309	Exploration inguinale pour masse testiculaire avec ou sans orchiectomie	263,00	6
06388	Rupture du testicule (réparation)	197,00	6

INDEX

Page

ADDENDUM 6 - GYNÉCOLOGIE	P-2
Vulve et orifice inférieur du vagin	P-5
Vagin	P-6
Trompes	P-7
Ovaires	P-8
Utérus et col utérin	P-9

P - GYNÉCOLOGIE**ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE****RÈGLE 1.**

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS : Voir sous l'onglet Règles d'application le plafonnement d'activités : PA-5.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 100 \$ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS : La nomenclature est publiée à l'Annexe I du tarif sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE. Pour la facturation du supplément, voir le code d'acte 06945 ou 06946, sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : Voir le code d'acte 06919, sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

RÈGLE 4.

4.1 Celui auquel un médecin accoucheur ou une sage-femme fait appel en raison de la complexité de l'état de la parturiente ou du fœtus, est payé comme suit :

- a. On lui accorde un tarif de 320 \$ pour l'ensemble de ses soins, s'il pratique alors une manoeuvre obstétricale intra-partum durant le deuxième ou le troisième stade du travail (voir liste ci-jointe);

AVIS : La liste est publiée à l'Annexe II du tarif sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE. Pour la facturation de l'ensemble des soins lors de la pratique d'une manoeuvre obstétricale intra-partum, voir le code d'acte 06929 sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

- b. On lui accorde un tarif de 102 \$ pour sa consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(ont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants : l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencercelage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu fœtal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.

AVIS : Pour la facturation de la consultation lors de la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations, voir le code d'acte 06940 sous l'onglet Q - OBSTÉTRIQUE.

P - GYNÉCOLOGIE

06058 Un supplément est payable pour les actes inclus dans le chapitre *Gynécologie* à l'exception de la section *Vulve et orifice inférieur du vagin* dans les cas complexes suivants : 150,00

- IMC \geq 35;
- Antécédent de 3 laparotomies infra-ombilicales et plus ou syndrome adhérentiel pelvien sévère lors de chirurgie gynécologique intrapéritonéale;
- Patiente enceinte \geq 12 semaines;
- Patiente âgée de plus de 70 ans;
- Anomalie mullérienne;
- Immunosuppression (chimiothérapie, VIH, corticothérapie);
- Paraplégie ou quadraplégie;
- Maladie transmissible par le sang.

AVIS : *Inscrire la situation complexe justifiant ce supplément dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

AVIS : *Voir la Règle d'application n° 4.*

Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

VULVE ET ORIFICE INFÉRIEUR DU VAGIN*Incision*

06043	Périnéotomie ou périnéorrhaphie ou hyménotomie	128,50	4
06062	Ouverture et drainage d'un abcès de la vulve, glande de Bartholin ou glande de Skene	128,50	5

Excision conventionnelle ou au Laser

06170	Ablation de tumeurs bénignes de la vulve (condylomes, naevi, varicocèles ou kystes)	45,30	4
06169	Condylomatose anogénitale diffuse ou dysplasie intra-épithéliale vulvaire, ou les deux, sous anesthésie générale ou régionale	200,00	5
06172	Marsupialisation du kyste de Bartholin	128,50	5
06189	Bartholinctomie ou vestibulectomie ou les deux	200,00	5

P - GYNÉCOLOGIE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
	Vulvectomie :		
06156	hémi-vulvectomie ou vulvectomie ou réintervention dans le cas de cancer intéressant plus de 50 % de la vulve ...	302,30	6
06157	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve	604,50	6
06158	exérèse radicale, hémi-vulvectomie ou vulvectomie radicale pour néo invasif de la vulve avec lymphadénectomie inguinale ou pelvienne, ou les deux	967,20	12
06258	Plastie des petites lèvres ou circoncision ou les deux	175,00	5
06356	Plastie des grandes lèvres : correction de déformation postchirurgicale ou post-traumatique	175,00	6
VAGIN			
<i>Incision</i>			
06065	Culdocentèse	45,30	4
06066	Colpotomie (exploration et drainage)	151,10	5
<i>Introduction</i>			
	Colposcopie incluant tous les sites de biopsie, le curetage endocervical, le curetage biopsique utérin, la cryochirurgie et l'électro-coagulation de lésion et la visite		
06074	première	65,00	5
06075	subséquente	36,00	4
	maximum, une colposcopie par période de quatre (4) mois, par patiente, par médecin		
	Règles :		
	1) La rémunération de la colposcopie est incluse dans celle de la visite en cabinet.		
	2) La première colposcopie ne peut être facturée qu'après une période de douze mois suivant la dernière colposcopie (première ou subséquente) effectuée chez la même patiente, par médecin.		
<i>Excision conventionnelle ou au Laser</i>			
06249	Colpectomie pour lésions malignes invasives	518,20	8
----	Caroncule urétrale ou ectropion	(Voir système urinaire)	
06141	Exérèse d'un septum vaginal	200,00	5
06173	Tumeur bénigne du vagin unique ou multiple.	128,50	5

		R = 1	R = 2
<i>Réparation avec ou sans dérivation urinaire</i>			
06400	Cystocèle (urétrécèle)	350,00	5
06405	ou rectocèle	350,00	5
06406	et rectocèle	425,00	5
06426	Sacro-ischiopexie par voie vaginale, supplément	200,00	
06425	Cystocèle et/ou rectocèle et/ou entérocele lors d'une séance de chirurgie gynécologique abdominale, supplément	200,00	
06427	Cure primaire de prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	377,80	5
06424	Reprise de chirurgie pour prolapsus génital avec installation de tissu synthétique ou biocompatible	400,00	5
06422	Reprise ou exérèse au bloc opératoire par voie vaginale ou abdominale sur des mèches préalablement installées pour chirurgie de prolapsus génital, incluant la reconstruction avec greffe ou lambeau	450,00	5
06408	Cysto-rectocèle et trachélectomie vaginale	425,00	5
06420	Colpo-sacropexie, avec ou sans bande	500,00	5
06410	Rectocèle et sphinctéroplastie anale	302,30	5
+ 06411	Colpocléisis	377,80	5
06412	Urétropexie, toutes techniques	377,80	5
06414	Entérocele ou colpocèle par voie vaginale	377,80	5
06415	Vaginoplastie (sténose)	200,00	5
06419	Vaginoplastie (absence de vagin) sans la greffe	200,00	5
06416	Reconstruction vaginale avec greffe	453,40	10
<i>Suture</i>			
06421	Colpopérinéorrhaphie (blessure non obstétricale)	200,00	5
TROMPES			
<i>Excision</i>			
	Salpingectomie ou salpingo-ovariectomie		
06260	unilatérale	377,80	5
06300	bilatérale	477,80	5
<i>Réparation</i>			
06458	Tuboplastie sans microscope, uni ou bilatérale, toute voie d'approche	453,40	5
06428	Salpingostomie ou réanastomose sous microscope, unilatérale ou bilatérale	604,50	8

P - GYNÉCOLOGIE**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
<i>Suture</i>			
+ 06430	Traitement chirurgical : grossesse tubaire (ectopique) . . .	377,80	6
06429	Stérilisation, toute méthode, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, post-partum ou élective, avec ou sans curetage (PG-28)	200,00	5
06451	avec avortement thérapeutique	300,00	5
06461	lors d'une chirurgie vaginale ou vulvaire, supplément. . .	100,00	
<u>AVIS</u> : Voir la Règle d'application n° 9.			
OVAIRES			
<i>Excision</i>			
06188	Kyste ovarien, paraovarien unilatéral	377,80	5
06201	bilatéral	477,80	5
NOTE : Ces codes d'acte ne peuvent être réclamés pour une exérèse d'hydatide de Morgani, pour une ponction de kyste, ou pour une stérilisation.			
+ 06177	Tumeur intraligamentaire	377,80	5
Ovariectomie			
06261	unilatérale	377,80	5
06303	bilatérale	477,80	5
06262	Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale	377,80	6
<i>Réparation</i>			
06288	Chirurgie conservatrice de l'endométriose Stade III ou IV, toutes techniques, comprenant au moins 2 des chirurgies suivantes : exérèse de kyste ovarien, ovariectomie, tuboplastie, déperitonisation pelvienne, neurectomie présacrée, hystéropexie	604,50	8
<u>AVIS</u> : Inscrire les chirurgies pratiquées dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.			
06264	technique laparoscopique, supplément	142,50	2
06299	Stade I ou plus, avec destruction d'implants d'endométriose et lyse d'adhérences pelviennes	302,30	6
06263	Ovariopexie	329,00	6

UTÉRUS ET COL UTÉRIN*Incision*

06070	Hystérotomie avec ou sans ligature de trompes	302,30	5
+ 06067	Laparotomie exploratrice avec ou sans biopsie	400,00	7
06069	Lymphadénectomie pelvienne ou périaortique ou les deux	725,40	8
06068	technique laparoscopique, supplément	142,50	2
06073	Laparotomie de contrôle pour cancer de l'ovaire avec biopsie, unique ou multiple, peu importe le site	529,00	7
06072	Métroplastie (utérus septus) ou excision de synéchie ou excision de septum utérin	377,80	6

Excision conventionnelle ou au Laser

06145	Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28)	125,00	4
06146	Conisation diagnostique du col au Laser ou au bistouri sous anesthésie générale ou péridurale seulement	200,00	5
+ 06811	Thérapie cervicale, incluant la visite pour lésion précancéreuse de bas grade	57,20	5
06810	faite par LEEP pour lésion précancéreuse de haut grade ou de curetage endocervical anormal	100,00	4
06812	pour lésion bénigne (cervicites, condylomes, métaplasie, etc.)	42,00	5
06149	Myomectomie de 5 cm et plus ou de 5 myomes et plus ou les deux	425,00	5
+ 06148	Hystérectomie subtotale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	453,40	5
06154	technique laparoscopique, supplément	142,50	2
06178	Polypectomie simple	17,80	5
06265	Hystérectomie abdominale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	500,00	5
06251	technique laparoscopique, supplément	142,50	2
06216	Hystérectomie totale, abdominale ou vaginale, avec ou sans salpingo-ovariectomie, et lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	725,40	8
06208	technique laparoscopique, supplément	142,50	2
06266	Hystérectomie vaginale totale avec ou sans salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans curetage	500,00	5
06164	technique laparoscopique, supplément	142,50	2

P - GYNÉCOLOGIE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
06191	Chirurgie pour cancer gynécologique comprenant au moins 3 des 4 chirurgies suivantes : - ovariectomie uni ou bilatérale avec ou sans hystérectomie - omentectomie - cytoréduction autre que les ovaires, l'utérus ou l'épiploon - lymphadénectomie sélective pelvienne ou paraaortique ou les deux	750,00	10
06194	avec lymphadénectomie radicale lomboaortique à partir de l'origine des vaisseaux ovariens, uni ou bilatérale, supplément	296,90	
06270	Hystérectomie radicale avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions périaortiques et pelviens	1 003,90	12
<i>Trachélectomie :</i>			
06267	abdominale	377,80	5
06268	vaginale	302,30	5
06233	radicale et lymphadénectomie pelvienne radicale	930,00	12
06231	technique laparoscopique, supplément	142,50	2
<i>Paramétriectomie :</i>			
06289	avec lymphadénectomie pelvienne avec ou sans biopsie étagée des ganglions pelviens et paraaortiques	1 003,90	12
06294	technique laparoscopique, supplément	142,50	2
<i>Exentération pelvienne :</i>			
06271	postérieure	1 837,50	18
06272	antérieure et postérieure	2 698,80	18
06278	reconstruction vaginale avec ou sans greffe, supplément	274,00	
06225	création d'un conduit urinaire de type réservoir contenant, supplément	660,00	
	NOTE : Les suppléments codés 06225 et 06278 ne s'appliquent qu'aux actes codés 06271 et 06272.		
06279	Exploration chirurgicale en vue d'une exentération, toute voie d'approche	593,70	10
	NOTE : Aucun autre service médical ne peut être facturé avec ce code d'acte par un médecin de la même discipline, à la même séance opératoire, par la même incision.		

INDEX

	<i>Page</i>
ADDENDUM 6 - OBSTÉTRIQUE - GYNÉCOLOGIE.....	Q-2
Obstétrique.....	Q-5
ANNEXE I : ACCOUCHEMENT À RISQUES.....	Q-8
ANNEXE II : RÉGLE 4.1 a).....	Q-10
Honoraire global de manoeuvre obstétricale intra-partum	

Q - OBSTÉTRIQUE**ADDENDUM 6. - OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE****RÈGLE 1.**

1.1 La visite prénatale donne droit au paiement de l'honoraire prévu au tarif.

AVIS : Voir sous l'onglet Règles d'application le plafonnement d'activités : PA-5.

RÈGLE 2.

2.1 L'honoraire de l'accouchement ou de la césarienne comprend l'ensemble des soins intra-partum et post-partum durant l'hospitalisation, jusqu'au huitième jour, à l'exclusion du curetage utérin post-partum.

Une surveillance donne droit au paiement d'un honoraire distinct.

2.2 Un supplément de 100 \$ est ajouté au tarif de l'accouchement ou de la césarienne, dans les cas complexes.

Les cas complexes sont ceux identifiés par les critères énumérés dans la nomenclature ci-jointe.

AVIS : La nomenclature est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet. Pour la facturation du supplément, voir le code d'acte 06945 ou 06946, sous le présent onglet.

RÈGLE 3.

3.1 On majore de la moitié l'honoraire de l'accouchement s'il s'agit de jumeaux.

On accorde la même majoration pour chaque autre nouveau-né.

AVIS : Voir le code d'acte 06919, sous le présent onglet.

RÈGLE 4.

4.1 Celui auquel un médecin accoucheur ou une sage-femme fait appel en raison de la complexité de l'état de la parturiente ou du fœtus, est payé comme suit:

- a. On lui accorde un tarif de 320 \$ pour l'ensemble de ses soins, s'il pratique alors une manoeuvre obstétricale intra-partum durant le deuxième ou le troisième stade du travail (voir liste ci-jointe);

AVIS : La liste est publiée en annexe du tarif sous le présent onglet. Pour la facturation de l'ensemble des soins lors de la pratique d'une manoeuvre obstétricale intra-partum, voir le code d'acte 06929 sous le présent onglet.

- b. On lui accorde un tarif de 102 \$ pour sa consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(ont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants : l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencercelage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu fœtal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.

AVIS : Pour la facturation de la consultation lors de la pratique d'un ou plusieurs procédés ou évaluations, voir le code d'acte 06940 sous le présent onglet.

Q - OBSTÉTRIQUE**AVIS :** Voir la Règle d'application n° 4.

La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment:

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues;
- la rupture des membranes;
- le désencercelage du col;
- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous, faite par le médecin accoucheur;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux;
- le monitoring du cœur foetal durant le travail par méthode interne;
- l'amniométrie incluant l'insertion du cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique continu et l'interprétation;
- le prélèvement de sang foetal in utero;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirure;
- les soins hospitaliers post-natals n'excédant pas huit (8) jours;
- la visite, la réanimation et l'aspiration du nouveau-né faites par le médecin accoucheur.

06903	Accouchement.	400,00
06919	Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	200,00
06950	Accouchement vaginal après césarienne, supplément . .	200,00
06945	Accouchement dans les cas complexes, supplément. . .	100,00

AVIS : La facturation de l'acte 06945 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

06925	Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après 36 semaines, incluant la visite, la tocolyse, le monitoring externe	100,00	4
-------	--	--------	---

Q - OBSTÉTRIQUE

Spécialistes

		R = 1	R = 2
06912	Césarienne avec ou sans stérilisation	425,00	9
+ 06913	Césarienne et hystérectomie	600,00	18
06946	Césarienne dans les cas complexes, supplément	100,00	3
	<u>AVIS :</u> La facturation de l'acte 06946 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.		
06937	Ovariectomie partielle ou totale pour lésion bénigne ou maligne lors de césarienne, supplément	100,00	
06929	Ensemble des soins prodigués lors d'une manoeuvre obstétricale intrapartum durant le deuxième ou le troisième stade du travail	400,00	
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la manoeuvre obstétricale effectuée. Voir Annexe II sous le présent onglet.		
+ 06934	Consultation exceptionnelle et présence auprès de la patiente pour complication du 2 ^e stade, anomalie du coeur foetal et/ou évolution anormale du travail.	400,00	
	NOTE : Pour une même parturiente, ce service médical ne peut être facturé avec le service médical codé 06929.		
	<u>AVIS :</u> Voir la section 3.2.3 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.		
06940	Consultation auprès d'une patiente en travail au premier ou deuxième stade chez laquelle est(sont) pratiqué(s) un ou plusieurs des procédés suivants: l'échographie, la stimulation du travail, la rupture des membranes, le désencercelage du col, le prélèvement sanguin du cuir chevelu foetal, l'installation et la surveillance de moniteurs foeto-maternels. De même, on accorde ce tarif pour l'évaluation de la nécessité d'une tocolyse ou l'évaluation d'une dystocie du travail.	120,00	
	NOTE : Ce service médical ne peut être facturé par plus d'un professionnel de la même spécialité.		
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le ou les procédés ou évaluations effectués.		
06904	Évaluation et prise en charge prétransfert en centre hospitalier de soins tertiaires ultra-spécialisés en soins mère-enfant d'une patiente en grossesse à risque élevé	120,00	
	NOTE : L'acte codé 06904 inclut tous les services médicaux effectués chez cette patiente le même jour sauf la naissance.		

Spécialistes

Q - OBSTÉTRIQUE

		R = 1	R = 2
06905	Évaluation et prise en charge post-transfert en centre hospitalier de soins tertiaires ultra-spécialisés en soins mère-enfant d'une patiente en grossesse à risque élevé. NOTE : L'acte codé 06905 inclut tous les services médicaux effectués chez cette patiente le même jour sauf la naissance. NOTE : Ce service médical est réservé aux centres hospitaliers désignés par les parties négociantes.	170,00	
06917	Extraction manuelle ou instrumentale du placenta ou correction d'une inversion utérine (Prestation incluse dans celle de l'accouchement)		6
06918	Réparation de déchirures (Prestation incluse dans celle de l'accouchement) Amniocentèse (Voir Procédés diagnostiques et thérapeutiques)		5
06920	Curetage utérin post-partum lors d'une séance autre que l'accouchement	150,00	5
06915	Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant la visite	150,00	4
06928	Ponction intra-utérine d'organes foetaux et du cordon ombilical (ou thoracocentèse ou ponction d'ascite foetal) unique ou multiple, incluant l'amniocentèse , le cas échéant.	400,00	5
06926	Amniocentèse nécessitant un prélèvement de 1000 cc ou plus	144,00	5
06930	Transfusion foetale intra-utérine.	600,00	7
06942	Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines).	54,00	
	Évaluation du bien-être foetal par profil biophysique et/ou Doppler fait par le médecin lui-même, technique et interprétation, en établissement seulement		
06960	moins de 20 minutes	20,00	
06961	20 minutes et plus	50,00	
06933	Ensemble des soins prodigués pendant le travail par l'obstétricien, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement (réservé au détenteur d'un certificat en obstétrique seulement)	180,00	

AVIS : Disposition administrative en vue de l'application du 6e paragraphe de la règle 4.1 de l'Addendum 6 - Obstétrique - gynécologie.

ANNEXE I

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

ACCOUCHEMENT À RISQUES (Acte codé 06945)**CAS COMPLEXES****A) VOIE VAGINALE****CONDITIONS FOETALES :**

- Présentation de la face (652.4) ou du siège (652.2) (non payable si se termine en césarienne)
- Détresse foetale (décélération sévère et continue et APGAR de 5 ou moins et/ou PH du cordon de 7,20 ou moins) (768.4)
- Hydrops-foetalis non immun (778.9)
- ISO-immunisation (656.2)
- Macrosomie (poids du nouveau-né plus grand que 4000 g) (656.6)
- Malformation congénitale: système nerveux central (655.0), digestif (751.9), rénal (753.9), cardiaque (746.9), pulmonaire (748.9)
- Mort in utero après 20 semaines (656.4)
- Post-datisme 41 semaines et plus (645.9)
- Prématurité (moins que 37 0/7 semaines) (765.1)
- Retard de croissance sévère (poids du nouveau-né plus petit que 2500 g) (656.5)

CONDITIONS AU NIVEAU DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, DU PLACENTA ET DES MEMBRANES :

- Chorioamnionite clinique (658.4)
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) (641.2)
- Oligohydramnios sévère (658.0)
- Polyhydramnios sévère (657.9)
- Placenta praevia (641.1), accreta (667.0), increta (667.0) et percreta (667.0)
- Vasa praevia (663.5)

CONDITIONS MATERNELLES:*** Complications médicales**

- Maladies hématologiques: coagulopathie (286.9), thrombocytopenie (287.9)
- Maladies cardiovasculaires: cardiopathie classe 2, 3, 4 (429.9), collagénose (425.4), maladie thromboembolique (453.9), pré-éclampsie sévère (642.5)
- Maladies du système urinaire: insuffisance rénale (669.3), transplantation (646.2), glomérulopathie (583.9)
- Maladies pulmonaires: insuffisance respiratoire (786.0), embolie pulmonaire (415.1), embolie de liquide amniotique (673.9)
- Maladies endocriniennes: diabète insulino-dépendant et/ou insulino-traité (648.0), thyrotoxicose (242.9), phéochromocytome (227.0)
- Maladies digestives: stéatose spongiocytaire (571.8), maladie de Crohn (555.0), colite ulcéreuse (556.9)
- Maladies neurologiques: éclampsie (642.6), paraplégie (344.1), paralysie (344.9)
- Maladies infectieuses: sida (042.9), hépatite aiguë (646.7)
- Maladies gynécologiques: anomalie congénitale (654.9)
- IMC > = 35

INDEX

Page

APPAREIL GLANDULAIRE

Introduction.....	R-2
Thyroïde.....	R-2
Parathyroïde.....	R-2
Surrénales.....	R-3

R - APPAREIL GLANDULAIRE

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

INTRODUCTION

06310 Implantation sous-cutanée de substance hormonale . . . 28,00

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

THYROÏDE*Incision*

06076 Drainage d'abcès : soins complets 58,70 4

Excision

06150	Biopsie chirurgicale de la thyroïde	130,00	5
06151	Thyroidectomie subtotale (bilatérale)	600,00	8
06152	Hémithyroidectomie (lobectomie)	500,00	6
+ 06153	Isthmotomie thyroïdienne de décompression	175,00	5
06180	Excision de nodule solitaire	339,20	5
06280	Thyroidectomie totale	625,00	8
06281	Reprise de thyroidectomie pour goître restant	750,00	8
06282	Thyroidectomie par voie transsternale pour un goître intrathoracique	940,80	8
06284	Thyroidectomie totale ou subtotale avec résection localisée des ganglions cervicaux, le cas échéant	850,00	10

PARATHYROÏDE

Exploration et/ou excision :			
06186	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde avec thoracotomie ou sternotomie	672,00	10
06185	Parathyroïde ou tumeurs de parathyroïde voie cervicale	625,00	10
06181	Transplantation de parathyroïde, une ou plusieurs, supplément	105,00	

AVIS : Lorsqu'un acte porte la mention « un ou plusieurs » ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

SURRÉNALES

06182 Surrénalectomie unilatérale 600,00 15

	R = 1	R = 2
Neurochirurgie fonctionnelle		
	Chirurgie de la douleur, de la spasticité et des mouvements anormaux :	
	rhizotomie intradurale par voie postérieure incluant la laminotomie et la foraminotomie :	
07751	une racine	756,40 15
07752	chaque racine additionnelle	54,10
07753	radicellectomie postérieure sélective incluant la laminectomie	831,30 15
07754	après 2 heures, ajouter par 1/2 heure supplémentaire	75,60
	rhizotomie extradurale incluant la laminectomie :	
07755	une racine	696,00 12
07756	chaque racine additionnelle	140,60
07761	traitement chirurgical du torticollis spasmodique, quelle que soit la technique utilisée, incluant, le cas échéant : la dénervation sélective d'un ou plusieurs muscles et les ramisectomies unilatérales ou bilatérales	1 320,10 15
	Cordotomie ou myélotomie :	
07760	myélotomie tout genre incluant l'approche antérieure ou postérieure, et la stimulation	864,30 15
07762	tractotomie trigéminalle ouverte	864,30 15
	Lésion percutanée à radiofréquence intradurale :	
07763	cordotomie (incluant la stimulation)	431,60 10
	rhizotomie postérieure :	
07764	une ou deux racines	109,00 10
07765	trois racines ou plus	147,00
07766	tractotomie trigéminalle	431,60 15
	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion :	
07767	implantation d'électrodes par laminectomie	521,00 12
07768	implantation d'électrodes percutanées	296,00 8
07769	implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	373,00 6
	implantation de cathéter :	
07770	percutané (PG-28)	300,00 6
07771	par laminectomie	521,00 12
07774	Révision de l'implantation ou exérèse d'électrodes	49,10 6
07773	Révision du neurostimulateur ou des électrodes ou révision de la pompe à perfusion ou du cathéter	323,70 7
07775	Remplissage de pompe intrarachidienne et reprogrammation	55,10
07844	Programmation d'un neurostimulateur excluant la maladie de Parkinson, la dystonie ou les tremblements essentiels incluant la visite effectuée à la même séance Maximum 1 par trois mois, par patient	60,00

		R = 1	R = 2
NERFS PÉRIPHÉRIQUES			
	Exérèse de tumeur d'un nerf périphérique :		
07172	nerf majeur (PG-28)	195,00	6
07189	nerf mineur (excluant le névrome du nerf digital) (PG-28)	165,00	6
07790	névrome d'un nerf digital (PG-28)	140,60	6
	Sympathectomie :		
07216	cervico-dorsale, unilatérale	358,10	10
07214	périoraortique	82,00	6
07219	thoraco-lombaire (Smithwick) unilatérale	275,00	8
07220	lombaire : unilatérale	286,00	8
	lombaire au cours de chirurgie aortique :		
07207	unilatérale, supplément	60,90	
07208	bilatérale, supplément	88,20	
----	présacrée		
			(Voir Gynécologie utérus et col utérin)
07791	Exploration d'un nerf majeur au poignet ou au-dessus du poignet sans autre intervention chirurgicale au même site (PG-28)	144,20	5
07792	Neurolyse d'un nerf majeur (PG-28)	175,00	5
	NOTE : Ne peut s'ajouter à une chirurgie du tunnel carpien, du cou ou du nerf fémoro-cutané (méralgie parasthésique essentielle).		
07772	Décompression-neurolyse du nerf cubital au coude, avec ostéotomie de l'épitrachée humérale (PG-28)	440,00	6
07793	Décompression du nerf cubital au niveau de la loge de Guyon, non associée à la décompression du tunnel carpien (PG-28)	120,00	5
07333	Exploration d'un nerf mineur avec ou sans neurolyse	90,00	4
	NOTE : Ne peut s'ajouter à un autre acte chirurgical au même doigt.		
+07334	Dissection ou neurolyse du nerf sciatique	168,70	5
07130	Section du nerf obturateur, unilatérale	113,20	5
07131	Dissection ou neurolyse du nerf fémoro-cutané (méralgie parasthésique essentielle)	75,00	5
	Plexus brachial		
07468	dissection sous-claviculaire	500,00	12
07469	dissection sus-claviculaire	500,00	12
07787	dissection sus et sous-claviculaire	900,60	15
	réparation avec microscope (supplément à la dissection) incluant prise du greffon et toute technique libre ou vascularisée		
07788	chaque anastomose, supplément	200,00	3
07789	chaque greffe, supplément	330,30	3
	selon les services rendus jusqu'à un maximum de	1 700,00	
	NOTE : En anesthésiologie, un seul de ces suppléments peut être facturé à la même séance.		

AVIS : Joindre le compte rendu opératoire lorsque le code d'acte 07788 ou 07789 est facturé en rôle 1.

Spécialistes

S - SYSTÈME NERVEUX

		R = 1	R = 2
07009	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 202,00	18
	Plexus lombo-sacré		
07010	exérèse tumorale incluant la dissection, la neurolyse et, le cas échéant, la prise de greffon et la réanastomose	2 202,00	18
07472	Section du nerf récurrent pour dysphonie laryngée	197,40	6
+07473	Grefe nerveuse d'un nerf majeur sous microscope, incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	700,00	12
07474	Grefe nerveuse d'un nerf mineur sous microscope incluant le prélèvement du greffon et la neurolyse, le cas échéant (PG-28)	450,00	10
	Microanastomose de nerf périphérique		
07797	nerf majeur (PG-28)	535,00	10
07798	nerf mineur (PG-28)	350,00	8
	Grefe nerveuse sans microscope incluant prise du greffon		
07475	nerf majeur	300,00	8
07476	nerf mineur	200,00	7
07794	Neurolyse d'un nerf majeur avec microscope, sans autre intervention sur le même nerf (PG-28)	400,00	12
07352	Transposition d'un nerf périphérique : cubital, etc. (PG-28)	147,60	6
07799	Suture nerveuse (neurorrhaphie) (PG-28)	110,00	7
Divers			
07011	Rhizotomie percutanée ou traitement pour lésion facettaire (excluant les blocs), toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux	413,20	10
	Thermoplastie annulaire intradiscale électrothermale, toutes techniques		
07845	un niveau	450,00	10
07846	niveau additionnel (maximum un)	300,00	
	Nucléoplastie intradiscale percutanée ou décompression intradiscale percutanée sous scopie		
07847	un niveau	400,00	10
07848	niveau additionnel (maximum un)	300,00	
07796	Section sélective des branches du nerf facial pour blépharospasme et pour spasme hémifacial	350,00	8

INDEX

Page

APPAREIL VISUEL	T-2
Globe oculaire.....	T-2
Cornée	T-3
Sclérotique	T-3
Iris et corps ciliaire	T-3
Cristallin.....	T-4
Corps vitré.....	T-4
Rétine	T-5
Muscles oculaires.....	T-6
Orbite	T-6
Paupières et sourcils.....	T-7
Cils	T-8
Conjonctive	T-9
Appareil lacrymal	T-9
Corps étranger	T-10
Traumatisme oculaire	T-10

T - APPAREIL VISUEL

Selon la Règle 8.4 de l'Addendum 4 - Chirurgie, les chirurgies multiples de l'Appareil visuel pratiquées au cours d'une même séance opératoire sont rémunérées à 75 %.

AVIS : Utiliser le modificateur 122.

AVIS : Selon la Règle 8.5 de l'Addendum 4 – Chirurgie, les chirurgies multiples de l'Appareil visuel pratiquées la même journée lors de séances opératoires différentes sont également rémunérées à 75 % (MOD = 125), sauf s'il s'agit d'une situation d'urgence (MOD = 123)

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

GLOBE OCULAIRE

07045	Goniotomie ou goniopuncture ou les deux	531,25	6
07046	Ouverture de la chambre antérieure pour cure d'hyphéma ou accolement du vitré à la cornée	362,50	6
	Énucléation :		
+ 07133	simple	343,75	5
07134	avec mise en place d'implant.	562,50	5
	Éviscération :		
+ 07136	avec mise en place d'implant.	562,50	5
+ 07356	Implantation secondaire	562,50	5
07361	Réparation de fistule (Elliot-tréphine, iridencléisis, etc.) . . .	337,50	6
07237	Trabéculotomie et trabéculectomie avec ou sans iridectomie	531,25	7
07122	trabéculectomie dans un oeil ayant eu, lors d'une autre chirurgie, une incision conjonctivale pleine épaisseur dans le même quadrant, supplément	93,75	
07800	Mise en place d'un implant de Molteno avec ou sans greffe sclérale, avec ou sans trabéculectomie	750,00	8
+ 07809	Lyse de suture faite au laser dans les six semaines suivant une trabéculectomie	51,00	4
07123	Exérèse d'un implant de Molteno	250,00	5

		R = 1	R = 2
CORNÉE			
07007	Application d'adhésif (e.g. cyanoacrylate) pour plaie cornéenne, avec ou sans mise en place de verre de contact	106,25	5
	Kératectomie pour pathologie cornéenne, avec ou sans exérèse de ptérygion, toutes techniques		
07192	partielle	187,50	6
07193	totale	300,00	6
07194	Exérèse simple de ptérygion et de tumeur de la cornée incluant la kératectomie (toutes techniques)	187,50	5
07196	Exérèse de ptérygion récidivant évolutif	281,25	6
07362	Recouvrement conjonctival (PG-28)	281,25	6
07364	Greffe de cornée (toutes techniques), kératoprothèse	687,50	8
07140	Implantation de prothèse intracornéenne Intacs pour le traitement du kératocône	300,00	6
07141	Kératectomie ou incisions relaxantes post-greffe perforante de cornée ou post cicatrice traumatique de la cornée	300,00	6
07803	Curetage et/ou cautérisation	51,00	4
07816	Microperforation de la Bowman pour cure d'érosion récidivante	51,00	4
07143	Pose de membrane amniotique pour le traitement de pathologie du segment antérieur de la cornée ou de la conjonctive	200,00	5
07808	Fermeture secondaire d'une plaie opératoire	325,00	6
07008	Mise en place d'une prothèse cornéenne temporaire pour chirurgie de segment postérieur suivie, dans le même temps opératoire, d'une greffe de cornée	743,75	8
SCLÉROTIQUE			
+ 07048	Sclérotomie postérieure (décollement choroïdien)	281,25	5
07226	Sclérectomie pour glaucome (incluant le laser Holmium)	350,00	5
07368	Greffe sclérale	531,25	7
07370	Décollement et mobilisation d'un lambeau scléral d'une trabéculotomie pratiquée antérieurement, par voie sous-conjonctivale	200,00	6
IRIS ET CORPS CILIAIRE			
07801	Iridotomie, iridectomie, iridoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (1*)	150,00	6
07802	Trabéculoplastie par photocoagulation ou par Laser YAG (1*)	166,25	5
07144	Endophotocoagulation au laser du corps ciliaire pour glaucome chez enfant (< 18 ans), fait sous anesthésie générale incluant la vitrectomie antérieure, le cas échéant	350,00	6
07804	Goniosynéchiolyse, incluant la gonioscopie	475,00	7
07814	Corectopie, excluant les replacements de lentilles intra-oculaires (1*)	275,00	7
+ 07051	Sphinctérotomie (1*)	275,00	5
07052	Synéchetomie irienne (coréolyse) (1*)	275,00	5
07169	Excision lésion irienne	450,00	5

AVIS : (1*) Voir la Règle d'application n° 3.

T - APPAREIL VISUEL**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
07170	Excision d'une tumeur du corps ciliaire (iridocyclectomie)	706,25	6
07137	Iridectomie périphérique ou complète (1*)	275,00	6
07372	Iridodialyse (réparation)	387,50	5
+ 07805	Iridencléisis	362,50	5
+ 07811	Cyclodialyse (1*)	362,50	5
07812	Cyclodiathermie ou cyclocryothérapie	181,25	6

CRISTALLIN

07261	Cataracte, incluant les iridectomies : Extraction de cataractes avec implantation d'une lentille intra-oculaire incluant, le cas échéant, toute forme d'anesthésie rendue par l'ophtalmologiste lorsque le service est fait comme acte principal (2*)	355,00	2
07244	Implantation secondaire d'une lentille intra-oculaire	375,00	7
07145	Suture d'une LIO ou d'un implant intra-oculaire à la sclère, à l'iris ou à la capsule, supplément	200,00	
07263	Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manoeuvre intra-oculaire incluant les sutures de McCannel	200,00	5
07264	Exérèse après intolérance de lentilles intra-oculaires	375,00	6
07227	Extraction (toute technique) incluant cataracte secondaire et cristallin luxé (2*)	330,00	7
07228	Extraction de cataracte congénitale ou de cristallin luxé ou subluxé ou les deux chez un enfant de 16 ans ou moins	625,00	7
	Cataracte membraneuse :		
07055	discission (1*)	275,00	5
07234	avec ciseaux	275,00	5
07002	Capsulotomie postérieure, excision de bandes du vitré, par laser YAG	125,00	5

CORPS VITRÉ

07238	Vitrectomie partielle antérieure par voie antérieure ou par la pars plana	225,00	5
07330	Ponction du vitré par la pars plana dans un cas d'endophthalmie pour culture et pour injection de médicaments, avec ou sans cryopexie (1*)	280,00	6
07331	Injection intravitréenne de médicaments incluant la ponction (1*)	175,00	5
07336	Vitrectomie totale postérieure avec ou sans section de bandes vitréennes, avec ou sans cryothérapie	625,00	8
07146	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	200,00	

AVIS :

(1*) Voir la Règle d'application n°3.

(2*) Le rôle 4 n'est pas payable pour le code 07227 ou 07261 sauf dans des circonstances exceptionnelles. Pour ces situations, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et inscrire les raisons justifiant l'assistance dans la case prévue au formulaire Document complémentaire n° 1944

Spécialistes

T - APPAREIL VISUEL

		R = 1	R = 2
07337	Vitrectomie totale postérieure avec dissection de membranes épitréiniennes avec ou sans section de bandes vitréennes (incluant la cryothérapie)	718,75	10
07147	si fragmentation du cristallin ou du noyau du cristallin, supplément	200,00	
07022	Endolaser pour panphotocoagulation rétinienne ou rétinopexie	225,00	4
07339	Implantation ou remplacement intra-oculaire d'un implant de médicament par la pars plana, incluant la vitrectomie partielle nécessaire ou la rétinopexie	356,25	5
RÉTINE			
<i>Réparation</i>			
	Exérèse d'un implant ou d'un explant scléral à la salle d'opération :		
07298	superficiel	187,50	4
07299	profond	275,00	6
+ 07300	Endotechnique de tamponnement rétinien : échange complet pour tamponnade interne adéquate de longue durée (air, gaz, décaline, silicone, perfluorocarbone ou autre)	400,00	6
07292	Injection intravitréenne de gaz expansifs (SF6 ou C3F8) pour décollement de la rétine incluant la paracentèse de la chambre antérieure	262,50	8
	Réaccolement avec ou sans drainage du liquide sous-rétinien, avec plissement scléral ou résection sclérale, avec implantation de silicone et bande encerclante incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie et injection d'air intravitréenne ou gaz expansifs intravitréens :		
07408	première intervention	675,00	8
07409	intervention subséquente incluant toute technique	750,00	10
	Diathermie ou cryothermie après ouverture conjonctivale:		
+ 07310	tumeur	300,00	5
07313	lésion hémorragique ou vasculaire	300,00	5
07465	mise en place d'une plaque de cobalt pour tumeur intra-oculaire, incluant diathermie	562,50	8
07466	extraction d'une plaque de cobalt	275,00	6
+ 07311	Photocoagulation au laser ou autre procédé pour le traitement de la rétinopathie de la prématurité (cet acte est réservé aux médecins spécialistes désignés par les parties négociantes)	187,50	5
07303	un oeil	625,00	8
#	AVIS : <i>L'acte 07303 s'applique seulement aux médecins désignés par les parties négociantes.</i>		
07314	Cryopexie par voie transconjonctivale	193,75	5
07376	Rétinopexie par diathermie ou cryotechnique (après ouverture de la conjonctive)	300,00	6

MUSCLES OCULAIRES

Strabisme :

incluant les ductions forcées

Premier muscle, un oeil ou deux yeux

NOTE : Un seul de ces services médicaux est payable à la même séance que la chirurgie soit unilatérale ou bilatérale. Les chirurgies sur des muscles additionnels sont payables selon les suppléments prévus ci-après.

07210	chirurgie sur un muscle droit horizontal ou vertical.	406,25	6
07211	chirurgie sur un muscle petit oblique	418,75	6
07212	chirurgie sur un muscle grand oblique	437,50	6
07213	chirurgie sur un muscle opéré antérieurement	468,75	7
Supplément pour muscle additionnel			
07230	muscle droit horizontal ou vertical, supplément par muscle (maximum 8 muscles) (1*)	143,75	
07231	muscle petit oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	150,00	
07232	muscle grand oblique, supplément par muscle (maximum 2 muscles) (1*)	156,25	
07233	tout muscle opéré antérieurement, par muscle (maximum 11 muscles) (1*)	168,75	
NOTE : Les actes codés 07213 et 07233 s'appliquent aussi aux chirurgies de strabisme dans les cas de dysthyroïdie ou après chirurgie de Buckle.			
07279	transplantation musculaire, un ou plusieurs muscles	437,50	6
07283	Dénervation et extirpation d'un muscle petit oblique	418,75	6
07377	Réparation à la suite de traumatisme	437,50	6
07378	Utilisation de sutures ajustables, incluant la retouche sous anesthésie locale, supplément	137,50	

ORBITE

07061	Fenestration du nerf optique	300,00	10
+ 07063	Ouverture pour biopsie ou drainage d'abcès ou exérèse de lésion	287,50	6
	Orbitotomie latérale (Kronlein)		
07281	décompression	500,00	7
07282	tumeur	750,00	10
07810	Décompression orbitaire par voie antrale ou orbitaire inférieure (exophtalmie maligne).	375,00	7
07284	Orbitotomie transcrânienne par voie sous-frontale.	600,00	10
07171	Orbitotomie antérieure (exérèse de tumeur orbitaire par voie conjonctivale ou cutanée avec ou sans greffe).	500,00	7

AVIS : (1*) Utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de muscles dans la case UNITÉS.

Spécialistes**T - APPAREIL VISUEL**

		R = 1	R = 2
	Extériorisation simple :		
07242	sans greffe	490,00	6
07243	avec greffe	900,00	10
07380	Plastie du plancher de l'orbite, incluant herniation des tissus mous dans le sinus maxillaire	300,00	5
	NOTE : Ne peut être réclamé avec une réduction de fracture de l'orbite.		
+ 07379	Réduction de fracture de l'orbite	323,00	5

PAUPIÈRES ET SOURCILS

Chirurgie du punctum : (Voir sous le titre «Appareil lacrymal»)

Cryocoagulation de la paupière pour folliculite (cryochirurgie de la conjonctive). (Voir sous le titre « Conjonctive »)

Incision

07065	Ouverture d'orgelet et drainage	12,00	4
07068	Ouverture et drainage d'abcès	51,00	4

Excision

07173	Chalazion (PG-28)	51,00	4
	Excision chirurgicale complète :		
07167	kyste dermoïde de la queue du sourcil (PG-28)	120,00	6
07168	kyste intra-orbitaire de la queue du sourcil	385,00	7
07249	Excision ou prise de fascia lata pour correction de ptôse palpébrale	150,00	4
	Néoplasme :		
	Excision de tumeur bénigne ou maligne :		
07174	n'intéressant pas le rebord de la paupière, maximum 4 lésions par séance (PG-28)	40,00	5
	NOTE : Ne s'applique pas à l'exérèse de xanthélasma.		
07157	intéressant le bord libre et requérant l'excision d'un secteur de paupière sur toute son épaisseur (PG-28).	275,00	6
07420	Réparation du canthus interne ou externe	275,00	5
+ 07421	Réparation du canthus interne avec réparation du ligament palpébral interne	265,00	5
07480	Canthoplastie médiane bilatérale pour syndrome blépharophimosis	575,00	8

T - APPAREIL VISUEL**Spécialistes**

		R = 1	R = 2
07467	Séparation des paupières post-tarsorrhaphie ou blépharorrhaphie.	51,00	5
	Ectropion ou entropion :		
07248	technique simple (Fox, etc.) (PG-28)	275,00	6
07250	technique extensive requérant une excision de cicatrice ou greffe	400,00	6
07813	cautérisation (incluant l'examen)	51,00	
	Réparation		
07392	Insertion d'un poids d'or à la paupière supérieure.	362,50	6
07390	Reconstruction totale d'une paupière à la suite d'une amputation, en plusieurs temps, traitement complet, toutes techniques (PG-28)	662,50	8
07149	Excision du surplus cutané de la paupière supérieure pour troubles fonctionnels documentés (PG-28)	225,00	6
	NOTE : L'autorisation de la Régie est requise pour la rémunération de ce service.		
	<u>AVIS :</u> Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie.		
	Ptose :		
07394	suspension au frontal	456,25	6
07385	fasanella ou autre technique	187,50	6
07395	résection du releveur (PG-28)	381,25	6
07396	réintervention.	450,00	7
07381	Section du muscle de Muller pour correction de rétraction palpébrale	193,75	6
	Lacération de la paupière :		
07386	n'intéressant pas le bord libre (PG-28).	150,00	4
07387	intéressant le bord libre sur toute son épaisseur	362,50	6
07403	Tarsorrhaphie (PG-28)	181,25	6
	CILS		
07418	Électrolyse ou cryothérapie	51,00	5
	Trichiasis localisé :		
07402	opération par résection sectorielle requérant la reconstruction du rebord de la paupière.	275,00	5
+ 07404	Trichiasis intéressant toute une paupière ou dystichiasis traité chirurgicalement par transplantation du tarse ou autre technique, chaque paupière	375,00	5

		R = 1	R = 2
CONJONCTIVE			
07069	Cryocoagulation de la conjonctive pour folliculite	51,00	4
	Excision de tumeur :		
07175	bénigne ou kyste	51,00	5
07179	maligne, excision simple	200,00	6
+ 07180	maligne, excision avec greffe	381,25	6
07405	Plastie conjonctivale avec greffe	287,50	6
07406	Symlépharon ou ankyloblépharon, technique simple	87,50	4
	Symlépharon :		
07414	excision avec fermeture de la conjonctive par glissement, plastie en Z	275,00	5
07407	excision avec greffe	456,25	7
	Réparation de plaie traumatique :		
07433	suture simple de la conjonctive	51,00	5
07411	plastie de la conjonctive avec greffe de la muqueuse conjonctivale ou buccale	325,00	6
07413	fermeture secondaire d'une plaie opératoire	165,00	6
APPAREIL LACRYMAL			
07071	Ouverture et drainage d'abcès du sac lacrymal (dacryocystotomie)	93,75	4
07072	Ouverture et drainage d'abcès, glande lacrymale	97,50	4
+ 07252	Dacryocystectomie	456,25	6
07253	Exérèse de tumeur de la glande lacrymale	575,00	8
	Chirurgie du punctum		
07053	entropion	81,25	4
07054	ectropion	81,25	4
	Voie lacrymale, dilatation et irrigation :		
07306	un oeil ou deux yeux	20,00	4
07151	Implantation d'un clou méatique (maximum 4)	40,00	4
07319	Intubation du canal lacrymal	137,50	4
07457	Cautérisation ou ouverture chirurgicale d'un point lacrymal	81,25	5
07458	Réparation des canalicules sectionnés	456,25	5
07419	Dacryocysto-rhinostomie ou dacryocysto-rhinorrhaphie (avec ou sans insertion de tube)	500,00	7
07416	Conjonctivo-dacryocysto-rhinostomie avec greffe muqueuse	580,00	7
07459	Canaliculo-dacryocysto-rhinostomie	580,00	6
07399	Exérèse d'un tube de drainage des voies lacrymales	35,00	5
07460	Réintervention pour dacryocysto-rhinostomie	520,00	7

CORPS ÉTRANGER

	Extraction d'un corps étranger :		
	intra-oculaire (incluant la réparation simple de la plaie d'entrée) :		
07148	segment antérieur (magnétique ou non magnétique) .	387,50	5
	segment postérieur, incluant section musculaire, diathermie, cryothérapie		
07152	magnétique	466,25	7
07153	non magnétique	606,25	6
07159	cornéen	51,00	4
07199	intra-orbitaire : derrière le septum	562,50	6
07204	conjonctival	15,00	5

TRAUMATISME OCULAIRE

+ 07461	Exploration chirurgicale d'un globe oculaire dans le but d'éliminer une perforation oculaire, sous anesthésie générale	406,25	6
---------	--	--------	---

NOTE : Ne peut pas s'ajouter à un autre acte chirurgical sur le même oeil.

AVIS : Voir la Règle d'application n° 3.

07462	Réparation simple de la cornée ou de la sclérotique, ou les deux	500,00	5
07463	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et/ou réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère	593,75	6
07464	Réparation de la cornée avec iridotomies ou iridectomies et réparation de la sclérotique avec cryothérapie ou électrocautère et ablation de masses cristalliennes et/ou de vitré	687,50	10
07456	Cantholyse	100,00	4

NOTE : Ne peut pas être associé à un autre acte chirurgical au même oeil.

INDEX

Page

APPAREIL AUDITIF	U-2
Oreille externe	U-2
Oreille moyenne	U-3
Oreille interne	U-5

U - APPAREIL AUDITIF

AVIS : Les services effectués à des sites différents doivent être facturés avec le modificateur approprié (093 et ses multiples), le cas échéant (voir l'annexe II - Liste des modificateurs sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement). En plus du modificateur approprié, s'il s'agit d'actes bilatéraux, le préciser dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

OREILLE EXTERNE*Incision*

07075	Hématome	50,80	5
07076	Abcès du conduit	50,80	5

Excision

07150	Fistule préauriculaire (PG-28)	250,00	6
----	Kyste :		
----	préauriculaire		(Voir système digestif)
----	du lobule		(Voir peau et phanères)
07185	Ostéome du conduit auditif externe par voie endoaurale ou rétroauriculaire	375,00	4
07184	Exérèse totale d'une tumeur maligne du conduit auditif externe	300,00	7
07197	Corps étranger ou polype (autre que cérumen et tube) (PG-28)	30,00	4
07198	Résection partielle en pointe du pavillon de l'oreille pour pathologie, incluant peau et cartilage	100,00	4
07255	Amputation radicale du pavillon de l'oreille	250,00	5

Réparation

07424	Praurinauris unilatéral chez une personne de moins de 18 ans (PG-28)	250,00	5
07443	Révision, unilatérale chez une personne de moins de 18 ans	250,00	5

		R = 1	R = 2
	Otoplastie, reconstruction du pavillon :		
	absence totale		
07412	1 ^{er} temps :		
	reconstruction de l'architecture de l'oreille, incluant la greffe costale (PG-28)	650,00	12
07415	2 ^e temps :		
	reconstruction du tragus, incluant la greffe cartilagineuse	300,00	4
07417	3 ^e temps :		
	reconstruction du lobule.	215,00	4
	NOTE : Lorsque le 2 ^e temps ou le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, supplément 100 \$ par temps.		
	<u>AVIS :</u> Si le 2 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 07431. Si le 3 ^e temps est effectué à la même séance que le 1 ^{er} temps, inscrire le code d'acte 07432. Pour le code d'acte 07431 ou 07432, inscrire 100 \$ dans la case HONORAIRES.		
----	4 ^e temps :		
	greffe cutanée. (Voir = greffes libres »)		
07427	Reconstruction en un temps du conduit auditif externe pour atrésie congénitale	500,00	7
	OREILLE MOYENNE		
	<i>Incision</i>		
	Myringotomie :		
07077	mise en place du tube sous microscope, unilatérale (PG-28)	70,00	4
	<u>AVIS :</u> Utiliser le modificateur 086 (combinaison de 050 et 093) pour la facturation du deuxième acte, s'il y a lieu.		
07083	Tube d'aération à long terme avec création d'un lambeau tympanoméatal non associé à un autre acte chirurgical à la même oreille au cours de la même séance opératoire	187,00	5
07078	Paracentèse unilatérale (PG-28)	33,90	4
07081	Tympanotomie exploratrice non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire, incluant la mobilisation de l'étrier (PG-28).	187,00	6
07082	Section du nerf de Jacobson par tympanotomie, la section de la corde du tympan incluse	194,00	5
07079	Section des muscles stapédien et tensor tympani incluant l'exploration de l'oreille moyenne.	270,90	6

U - APPAREIL AUDITIF

Spécialistes

		R = 1	R = 2
<i>Excision</i>			
07308	Exérèse de tube de drainage (sous microscope ou non) inclus dans la prestation de la visite ou de l'acte associé		4
07187	Polype de l'oreille moyenne	30,00	4
Mastoïdectomie :			
07256	simple, sans autre intervention chirurgicale à la même séance opératoire sauf une myringotomie	375,00	5
07259	radicale ou modifiée (avec ou sans reconstruction ossiculaire) (PG-28)	750,00	6
Révision de la cavité d'évidement mastoïdienne :			
07488	avec plastie de Conque par voie postérieure (PG-28)	300,00	6
+ 07489	avec moulage du mur du facial	875,00	6
07302	Nettoyage d'une cavité de mastoïdectomie sous microscope (PG-28)	30,00	5
07257	Stapédectomie (PG-28)	450,00	7
07270	Reprise (réouverture de la fenêtre ovale) de stapédectomie avec remplacement de la prothèse incluant, le cas échéant, la cure de fistule (PG-28)	500,00	7
<i>Réparation</i>			
07430	Cautérisation de perforation tympanique (incluant tympan artificiel au microscope) non associée à un autre acte chirurgical au cours de la même séance opératoire, au même site opératoire	49,00	4
07449	Myringoplastie avec greffe adipeuse	200,00	5
07450	Tympanoplastie (PG-28)	375,00	6
07451	avec reconstruction de la chaîne ossiculaire (avec ou sans atticotomie) (PG-28)	500,00	7
07452	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	56,50	
Masto-tympanoplastie			
07491	sans reconstruction ossiculaire (PG-28)	750,00	6
07437	avec conservation du canal osseux externe (incluant la reconstruction de la chaîne ossiculaire) (PG-28)	875,00	6
07435	technique de Perkins ou homogreffe de tympan, supplément	56,50	
07436	Méato-masto-tympanoplastie (malformation congénitale)	1 000,00	10
07438	Oblitération de cavité mastoïde incluant la reconstruction du conduit auditif externe, le cas échéant	500,00	6
07439	Fenestration du canal semi-circulaire externe	500,00	6
07442	Fermeture de fistule de la mastoïde	250,00	5
07453	Cure de fistule de la fenêtre ronde ou ovale	375,00	7
07494	Insertion de prothèse à ancrage osseux	378,00	6
07495	Implantation cochléaire à monoélectrode ou canaux multiples incluant la pose de récepteur et tous les services médicaux rendus par le chirurgien au cours de l'hospitalisation, dans un établissement autorisé par le Ministre	800,00	18
AVIS : <i>Inscrire le code de l'établissement dans la case appropriée.</i>			

		R = 1	R = 2
OREILLE INTERNE			
<i>Excision</i>			
07251	Exérèse de tumeur de la base du crâne ou de l'angle ponto-cérébelleux, en collaboration avec le neurochirurgien, le cas échéant.	1 000,00	15
07241	Neurectomie vestibulaire par approche translabyrinthique	800,00	8
07229	Neurectomie vestibulaire sélective par la fosse postérieure	510,30	12
	Exérèse de tumeur glomique		
07287	approche tympanique.	500,00	7
07288	approche mastoïdienne, supplément	300,00	2
07289	approche mastoïdienne, foramen jugulaire et cou, supplément.	1 000,00	5
07266	Temporalectomie	1 000,00	12
07267	Embolectomie de sinus latéral ou de la jugulaire	375,00	7
	Labyrinthectomie :		
	chimique :		
07258	première séance incluant la myringotomie	75,00	
07260	chaque séance subséquente	49,00	
	NOTE : Un seul des actes codés 07258 et 07260 est payable par jour pour un même patient.		
07268	par oreille moyenne.	375,00	7
+ 07269	par voie transmastoiïdienne.	450,00	7
07272	Section du nerf de l'ampoule postérieure	315,00	6
<i>Introduction</i>			
07316	Prélèvement des liquides de l'oreille interne par voie transstapédiale.	237,00	6
<i>Réparation</i>			
07445	Dérivation sous-arachnoïdienne (sac endolymphatique)	500,00	8
07446	Décompression et revascularisation du sac endolymphatique	500,00	6
07481	Cochléo-sacculotomie	365,40	7

9. MANUELS ET FORMULAIRES

9.1 MANUELS

La Régie remet gratuitement au nouveau médecin spécialiste oeuvrant dans le cadre du régime d'assurance maladie un exemplaire des manuels et brochures qui le concerne.

9.1.1 COMMANDE

Le médecin peut obtenir des exemplaires supplémentaires ou des exemplaires d'autres manuels publiés par la Régie moyennant paiement en utilisant l'une des coordonnées figurant à la page 2 de l'*INTRODUCTION* de ce manuel.

9.1.2 MANUELS DANS INTERNET

Les manuels et brochures de la Régie sont disponibles dans le site Internet de la Régie. Le médecin peut consulter, télécharger et imprimer les pages désirées. L'adresse du site Internet se trouve à la page 2 de l'*INTRODUCTION* de ce manuel.

9.1.3 LISTE DES MANUELS DISPONIBLES *

	Numéro
Manuel des médecins spécialistes	150
Brochure n° 1 - Médecins spécialistes - Accord cadre, Protocoles d'accord et Décrets	154
Brochure n° 2 - Médecins spécialistes - Salariat, Honoraires forfaitaires et Vacation	155
Brochure n° 3 - Médecins spécialistes - Mesures incitatives	156
Brochure n° 5- Médecins spécialistes - Rémunération mixte	158
Services de laboratoire en établissement (S.L.E.)	170
Manuel du programme d'appareils suppléant à une déficience physique ...	280
Manuel du programme des aides auditives	290
Manuel du programme d'aides pour les handicapés visuels	300
Liste de médicaments	440
Liste des appareils suppléant à une déficience physique	470

* Cette liste n'est pas exhaustive

9.2 FORMULAIRES

La Régie remet gratuitement à chaque médecin spécialiste une certaine quantité de formulaires nécessaires à sa facturation.

9.2.1 Demandes de paiement à l'acte (formulaires n° 1200 et n° 1063)

Le médecin qui facture sur support papier peut, sur demande, recevoir gratuitement au cours de l'année un nombre de formulaires équivalent au volume de demandes de paiement papier qu'il aura transmis à la Régie au cours de la période de référence (1^{er} avril au 31 mars).

Toute demande au-delà de cette limite sera tarifée. Ce montant sera retenu sur un paiement subséquent et figurera à l'état de compte. Pour plus d'information, consultez la rubrique Administration de la pratique / Frais administratifs dans votre section du site Internet de la Régie.

Seules les commandes formulées par le médecin lui-même ou par son signataire autorisé pourront être acceptées sans frais.

La Régie indique sur l'étiquette d'acheminement postal la quantité de demandes de paiement gratuites à laquelle le professionnel a droit ainsi que la quantité expédiée à ce jour. Sur la première ligne de l'étiquette on peut lire :

Qxxxxxx Cxxxxxx

Q : signifiant « quantité annuelle individuelle » suivi du nombre de demandes de paiement gratuites;

C : signifiant « cumul » suivi du nombre de demandes de paiement expédiées au professionnel depuis le 1^{er} avril précédent.

9.2.2 Commande

Pour toute commande de formulaires, utilisez l'une des coordonnées figurant à la page 2 de *l'INTRODUCTION* de ce manuel.

9.2.3 Formulaires dans Internet

La liste des formulaires disponibles figure dans le site Internet de la Régie. Le médecin peut les consulter, les télécharger et les imprimer. L'adresse du site Internet de la Régie se trouve à la page 2 de *l'INTRODUCTION* de ce manuel.

9.3 LISTE DES FORMULAIRES DISPONIBLES

	Numéro
FORMULAIRES RELATIFS À L'INSCRIPTION	
Demande d'inscription du professionnel de la santé	3003
Demande d'un compte administratif et avis de pratique en groupe	3006
Mandat des professionnels de la santé autorisant la Régie à faire le paiement de leurs honoraires à l'ordre d'un tiers	3004
Mandat des professionnels de la santé autorisant un tiers à signer leurs demandes de paiement.	3005
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION	
Demande d'autorisation de paiement - Médicament d'exception	3633
Demande d'autorisation de paiement - Mesure du patient d'exception	3996

	Numéro
Demande d'autorisation pour des services de laboratoire au Canada et hors du Canada	3775
Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (<i>voir Brochure n° 2</i>)	1216
Demande de paiement - Médecin (<i>voir onglet</i> Rédaction de la demande de paiement, section 3)	1200
Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires (<i>voir Brochure n° 2</i>)	1215
Demande de remboursement à la personne assurée (<i>voir onglet</i> Rédaction de la demande de paiement, section 3.4)	1800
Demande de paiement - Rémunération à l'acte - Assurance hospitalisation du Québec - en continu (<i>voir manuel</i> Services de laboratoire en établissement)	1606
Demande de paiement - Rémunération mixte (<i>voir Brochure n° 5</i>)	3743
Demande de remboursement des frais de déplacement (<i>voir Brochure n° 2</i>) (<i>voir onglet</i> Frais de déplacement et de séjour)	1988
Demande de remboursement des mesures incitatives (<i>voir Brochure n° 3</i>) - Enveloppes pour demande de remboursement	3336 3550
Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle (<i>voir page 6 de la présente section</i>)	2904
Demande de révision	1549
Document complémentaire - Considération spéciale (<i>voir onglet</i> Rédaction de la demande de paiement, section 3.2.4.1)	1944
Feuille d'activité - Bénéficiaire (<i>Salariat, vacation ou Honoraires forfaitaires Brochure n° 2</i>)	3402
Réclamation - hors province	2688
FORMULAIRES RELATIFS À LA FACTURATION INFORMATISÉE	
Demande d'accréditation - facturation informatisée	2404
Description du système de facturation informatisée	2102
Mandat - Agence de traitement de données	2788

9. MANUELS ET FORMULAIRES**Spécialistes**

	Numéro
AUTRES FORMULAIRES	
Autorisation de paiement par dépôt direct	2914
Avis de remplacement - Médecins spécialistes	3121
Commande de formulaires	1491
Invitation du directeur régional de la santé publique	3234
Demande de prestations - Assurance invalidité	3912
Demande initiale - Invalidité.	3913
Rapport d'évolution - Invalidité	3914

DEMANDE DE REMBOURSEMENT RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ
(formulaire n° 2904)

- Usage du formulaire

Le médecin spécialiste utilise ce formulaire pour demander le remboursement d'une quote-part de son assurance responsabilité lorsqu'il adhère pour la première fois à l'ACPM. Par la suite, la Régie utilisera les données d'assurance reçue de l'ACPM par télécommunication pour rembourser le médecin (*voir l'annexe 9 de l'accord-cadre dans la Brochure n° 1*).

- Instructions de facturation**Section Contrat d'assurance**

- Inscrire dans les cases prévues à cette fin, le numéro du contrat d'assurance de même que le nom de la compagnie qui assure le professionnel. Les dates à inscrire sont les dates de début et de fin de la période assurée figurant sur le contrat. Les deux lignes supplémentaires serviront dans l'éventualité où le professionnel a été assuré par plus d'une compagnie au cours de la même année ou pour réclamer un remboursement pour plus d'une année.

- Case **MONTANT TOTAL DE LA PRIME** (excluant les autres frais)

Le montant à inscrire dans cette case est le montant total de la prime d'assurance (excluant la taxe provinciale et les frais d'administration). Il ne s'agit pas du montant que le professionnel croît obtenir en remboursement. La Régie fera le calcul de la quote-part remboursable.

Section Détail sur la prime payée

Cette section ne doit être complétée que pour les médecins assurés auprès de l'Association canadienne pour la protection médicale (ACPM). À noter que le code et le nom de l'activité à l'ACPM se réfèrent au genre de travail qui apparaît sur la facturation de l'ACPM.

Ce formulaire doit être signé par le médecin.

- Renseignements généraux

Au moment de faire parvenir la Demande de remboursement, **il est extrêmement important** d'y joindre une copie de l'accusé de réception (ACPM) ou **de tout document attestant que la prime a effectivement été acquittée au complet**. Il est à noter que ces documents ne seront pas retournés. S'assurer de la lisibilité des documents expédiés.

En aucun cas, la demande ne doit nous parvenir dans le même envoi que les demandes de paiement régulières. Faire parvenir **le formulaire dûment rempli, sous pli séparé**, à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

Si les renseignements fournis sont incomplets ou s'il manque des pièces justificatives, la Régie se verra dans l'obligation de retourner les documents et le professionnel devra alors présenter une nouvelle demande de remboursement.

Si le professionnel a droit à un remboursement, le montant remboursé paraîtra au sommaire de l'état de compte avec la mention « Remb.ass.resp. » lors d'un paiement régulier.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du formulaire *Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle n° 2904*, veuillez utiliser le formulaire *Commande de formulaires n° 1491* et nous le faire parvenir par télécopieur, par le système INFO-PROF ou par la poste. (Les coordonnées complètes se trouvent à la page 2 de *l'INTRODUCTION* de ce manuel).